

Universidade Federal de Sergipe  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa  
Núcleo de Pós-Graduação e Pesquisa em Psicologia Social  
Mestrado em Psicologia Social

DENISE NUNES DE CAMPOS BÜHLER

CONTROLE SOCIAL: DESAFIOS E POSSIBILIDADES DA PARTICIPAÇÃO  
SOCIAL GARANTIR O CUMPRIMENTO DA DEMOCRACIA POLÍTICA NO SUS.

São Cristóvão – Sergipe

2016

DENISE NUNES DE CAMPOS BÜHLER

CONTROLE SOCIAL: DESAFIOS E POSSIBILIDADES DA PARTICIPAÇÃO  
SOCIAL GARANTIR O CUMPRIMENTO DA DEMOCRACIA POLÍTICA NO SUS

**Projeto de Dissertação apresentado ao  
Programa de Pós-Graduação em  
Psicologia Social do Centro de Ciências  
de Educação e Ciências Humanas da  
Universidade Federal de Sergipe como  
requisito parcial para obtenção do grau  
de mestre em Psicologia Social.**

**Orientador: DANIEL MENEZES**

**COELHO**

São Cristóvão – Sergipe

2016

## **COMISSÃO JULGADORA**

Dissertação da Discente DENISE NUNES DE CAMPOS BUHLER, intitulada  
**CONTROLE SOCIAL: DESAFIOS E POSSIBILIDADES DA  
PARTICIPAÇÃO SOCIAL GARANTIR O CUMPRIMENTO DA  
DEMOCRACIA POLÍTICA NO SUS**, defendida e aprovada em 26/08/2016,  
pela Banca Examinadora constituída pelos Professores Doutores:

---

**Prof. Dr. Daniel Menezes Coelho**

---

**Prof.Dr Rogério Paes Henriques**

---

**Prof. Dr. Ugo Maia Andrade**

## RESUMO

O controle social pode ser considerado uma forma avançada de democracia por determinar uma nova relação entre o Estado e a sociedade, de maneira que as decisões sobre as ações na saúde devem obedecer prioridades e interesses comuns à comunidade. Esse estudo é norteado pela reflexão sobre a possibilidade de uma gestão participativa garantir de fato o cumprimento da democracia política no SUS, consolidando-se como prática efetiva. Objetivando analisar como se expressa o controle social nos conselhos de saúde, decidimos recorrer às pesquisas já publicadas sobre o assunto, em que houvessem relatos de dados empíricos. Assim, construímos um panorama sobre as atuações dos conselhos de saúde, sobre o controle social. A análise do levantamento de dados suscitou o questionamento de que, como pode uma proposta avançada, democrática, altamente politizada, ao ser colocada em prática, muito rapidamente ser envolvida por práticas que a própria proposta visava combater. Partimos daí ao entendimento da proposta do controle social, através do estudo sobre cidadania e democracia e das condições de sua aplicação no Brasil. Concluimos que os conselhos de saúde, apesar da autonomia para propor e formar estratégias e atuar no controle e execução das Políticas de Saúde, em sua maioria ainda não conseguiu se apropriar de fato de tais práticas. Contudo, emerge a percepção de que um caminho já está sendo feito e embora em alguns casos esse caminho mostre-se tortuoso, em outros podemos ver a busca por uma trajetória de comprometimento com a Saúde Pública e usuários em geral.

Palavras-chave: controle social, SUS, democracia, cidadania, Brasil.

## **ABSTRACT**

The social control can be considered an advanced form of democracy to establish a new relationship between the state and society, so that decisions on actions in health must comply with common priorities and community interests. This study is guided by reflection on the possibility of a participatory management fact ensure compliance of political democracy in the SUS, consolidating its position as an effective practice. Aiming to analyze how to express social control in health advice, we decided to use the published research on the subject, which had empirical data reports. So build an overview of the actions of health advice on social control. The data collection analysis raised the question that how can an advanced, democratic proposal, highly politicized, to be put into practice very quickly be surrounded by practices that own proposal aimed to tackle. We left from there to the understanding of the proposed social control through the study of citizenship and democracy and the conditions of its application in Brazil. We conclude that health advice, despite the autonomy to propose and strategize and act to control and implementation of health policies, mostly not yet managed to take ownership of the fact of such practices. However, emerges the realization that a path is already being done and although in some cases this road show is tortuous, other can see the search for a compromise path to Public Health and general users.

Key-words: social control, SUS, democracy, Brazil, psychoanalysis.

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| INTRODUÇÃO  | 8  |
| CAPÍTULO I  | 11 |
| Atuações dos Conselhos de Saúde no Controle Social                | 11 |
| do SUS: Levantamento Bibliografico                                |    |
| Na querela sobre o controle social no SUS                         | 13 |
| CAPÍTULO II   | 44 |
| Democracia e Cidadania: Individualismo e Poder                    | 44 |
| A cidadania em Marshall   | 45 |
| A democracia em Bobbio  | 49 |
| O individualismo em Dumont  | 57 |
| O poder na ótica de Walter Benjamin                               | 60 |
| CAPÍTULO III  | 66 |
| O caso brasileiro   | 50 |
| O <i>ethos</i> brasileiro sob a tríadeBuarque, Pardo Jr. e Freyre | 68 |
| O <i>ethos</i> brasileiro sob outros olhares                      | 74 |
| Considerações Finais  | 85 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS  | 92 |

## ÍNDICE DE TABELAS

### Tabela 1

Dados sobre o material empírico pesquisado

### Tabela 2

Relação dos municípios que contemplam o estudo com seus respectivos estados.

## INTRODUÇÃO

Ainda recente, a conquista que se teve com as leis 8.080/90 e 8.142/90, pode ser pensada como um avanço para as práticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Tendo como pano de fundo a Constituição de 1988, em que ecoavam as ideias de combate às desigualdades sociais e a construção de uma sociedade plural e democrática, a saúde pública teve em 1990, seu primeiro modelo de participação social deliberativo conquistado. Foram criados os conselhos e as conferências de saúde, como espaços vitais para o exercício do controle social do SUS. Fazem parte também dos mecanismos de representação no controle social, o Ministério Público e as Ouvidorias.

Os conselhos de saúde se fazem meio para o exercício do controle social. Estes ganharam autonomia para formar e propor estratégias, bem como, atuar no controle e execução das Políticas de Saúde. São instâncias colegiadas e deliberativas à estrutura do SUS. Compostos por prestadores de serviço de saúde - públicos e privados - representantes dos trabalhadores de saúde e dos usuários, que conquistam espaços participativos - espaço de ação.

Sendo assim, o usuário passa a ser sujeito político, com poder de decisão, com direito de escolha e agir político. Configurando-se desta forma, um espaço no qual se faz presente, através do controle social, o diálogo, a contestação e a negociação a favor da democracia e da cidadania.

O controle social deve consistir na gerência da sociedade, ou de setores organizados sobre as ações do Estado, participando na gestão pública, direcionando as ações e os gastos do Estado a favor dos interesses da coletividade (Brasil, 2006). Podemos pensar numa inversão de modo de controle social, antes do Estado decidindo



pela sociedade e agora da sociedade gerindo o Estado. Nessa perspectiva, o controle social do SUS pode ser considerado uma forma avançada de democracia, por determinar essa nova relação entre o Estado e a sociedade, de maneira que as decisões sobre as ações na saúde, deverão obedecer prioridades e interesses comuns à comunidade.

A partir dessa teoria, a questão que norteia esse estudo, é a reflexão sobre a possibilidade de uma gestão participativa garantir de fato o cumprimento da democracia política no SUS, consolidando-se como prática efetiva. O interesse por esse tema partiu do reconhecimento da importância da conquista desse espaço democrático, que possibilita uma re-invenção no campo político, através da participação popular. Já a relevância do tema, se dá pela possibilidade de transformações sociais introduzirem a viabilidade para que outros processos democráticos aconteçam.

Para investigar-se sobre o assunto proposto, teríamos que buscar dados junto a um número considerável de conselhos de saúde, que, como já foi dito, representam uma das instâncias em que o controle social ganha espaço de ação. Pensamos numa ida a campo, ao que demandaria um extenso trabalho que talvez não se esgotaria em tempo hábil à conclusão dessa dissertação. Com o objetivo de analisar como se expressa o controle social nos conselhos de saúde, decidimos recorrer às pesquisas já publicadas sobre o assunto, em que houvessem relatos de dados empíricos. Desta forma, foi possível construirmos um panorama sobre as atuações dos conselhos de saúde, no que tange ao controle social, apresentado como primeiro capítulo desse estudo.

Através deste levantamento bibliográfico, podemos perceber que apesar de recente, já contamos com uma significativa experiência da institucionalização de participação do controle social. Contudo, o que emerge na prática, é que essa, ainda quando funciona, conforme preconiza a legislação [quase exceção à regra], da forma

vigente, não garante a sua efetivação. Seja pela limitação dos conselheiros - que aparece na maioria das experiências citadas - pela falta de comprometimento, ou pela estrutura patrimonial, clientelista e burocrática, cristalizadas na sociedade, que se destacou no relato das experiências.

Se, em parte, a questão norteadora se responde, também cria-se um espaço para fomento aos achados desse primeiro capítulo.

A análise do levantamento de dados sobre o controle social, suscitou o questionamento de, como pode, uma proposta avançada, democrática, altamente politizada, ao ser colocada em prática, muito rapidamente, ser envolvida por práticas que a própria proposta visava combater. Ao que deu origem a mais dois capítulos de reflexão e considerações finais.

O segundo capítulo, intitulado “Democracia e Cidadania: Individualismo e Poder” terá o propósito de compreender, a proposta do controle social, através do estudo sobre cidadania e democracia.

No terceiro capítulo, intitulado “O Caso Brasileiro”, através da realidade brasileira abordaremos o pano de fundo em que o controle social se estruturou.

Finalizaremos nossos escritos com considerações finais trazendo reflexões, abordadas de forma conclusiva sobre os temas abordados anteriormente.

Esperamos que as reflexões trabalhadas nos capítulos propostos, descrevam o pano de fundo que estampa o controle social, bem como, respondam sobre a possibilidade desse se efetivar de fato.

## CAPÍTULO I

### Atuações dos Conselhos de Saúde no Controle Social do SUS:

#### Levantamento Bibliográfico

O controle social no SUS compreende as conferências de saúde, os conselhos de saúde, o Ministério Público e as ouvidorias. Esses atuam como mecanismos de representação no controle social. Todos visam garantir os direitos coletivos da população. Sobretudo é através dos conselhos de saúde que a participação popular - controle social - melhor se evidencia. Para tal, priorizamos esse mecanismo para investigação, objetivando analisar como se expressa o controle social nos conselhos de saúde.

Apresentamos nesse capítulo, um estudo, do tipo pesquisa bibliográfica, composto de uma revisão da literatura dos principais periódicos científicos brasileiros indexados. Para tal, foram selecionados três descritores a serem pesquisados nas principais bases de dados: Scielo e Medline, bem como, no metabuscador do Portal de Periódicos da CAPES. Visamos publicações feitas entre os anos de 2007 a 2014, pela possibilidade de melhor abranger experiências referentes ao Controle Social - experiência essa, de certa forma, incipiente ao SUS.

Pesquisamos os descritores, “controle social”, “SUS” e “conselho de saúde”. Esses foram utilizados e refinados, na ordem acima descrita. Optamos por usar o termo controle social, sempre refinando-o com SUS, pois quando esse descritor foi pesquisado isolado, poucos artigos se adequaram ao objetivo deste trabalho, principalmente por

pertencerem a outras áreas. Ao ser refinado com o descritor SUS, foi encontrado um número que, apesar de menos expressivo, mais se adequou ao estudo. Utilizamos a busca, pelo método integrado por palavra, selecionando o descritor por assunto. Também foi utilizado o símbolo de truncagem “\$ (cifrão)”, pois o uso desse recurso, permite que sejam pesquisadas palavras ampliadas ao plural ou a mesma raiz (ex. conselho/conselheiro).

Os artigos objetos dessa revisão bibliográfica, foram aqueles que de alguma forma especulam sobre experiências empíricas envolvendo o controle social. Esses compreendem entrevistas, análise de atas, observações de grupos, ou relatos de experiências práticas, registradas em diário de campo, como mostra a tabela 1.

Entre março de 2014 à 2015, foram selecionados 220 artigos. Após levantamento preliminar, em que foram lidos os resumos, foram selecionados 61 artigos, esses lidos na íntegra. Destes, 34 artigos foram excluídos. O critério de exclusão se deu por não conterem material empírico, por serem artigos repetidos (publicados em mais de uma fonte), e/ou por não mostrarem dados conclusivos, que auxiliassem para o entendimento do funcionamento do controle social no SUS.

Foram identificados 27 artigos, fichados para posterior análise, que juntamente com documentos referentes à saúde pública, legislação, e obras de referência, compõe o corpo deste estudo.

A seleção dos artigos, resultou na possibilidade de uma noção do funcionamento do controle social em parte do Brasil, visto que a pesquisa contempla 15 dos 26 estados brasileiros e Distrito Federal. Encontrou-se publicações de relatos de experiências com o controle social, em quatro das cinco regiões brasileiras, não encontrando dados na região Norte.

Os artigos selecionados, contemplaram pesquisas feitas em 15 estados brasileiros, sendo eles: Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo; perfazendo o montante de mais de 50 municípios integrantes dessa pesquisa. A tabela 2 apresenta a relação dos municípios que contemplam esse estudo, com seus respectivos estados.

A partir dos fichamentos de leituras dos artigos selecionados, foi feita posterior análise, da construção dos autores desses artigos. A compilação dos resultados sobre a pesquisa, abrangeu dados sobre diversas experiências de conselhos de saúde, na aplicação, ou tentativa de aplicação, do controle social, nos diversos grupos levantados. O resultado será apresentado a seguir em forma de texto reflexivo.

#### Na querela sobre o controle social no SUS

Os conselhos gestores de políticas públicas, salientando-se os conselhos de saúde, devem ser canais efetivos de participação, que permitam o estabelecimento de uma sociedade em que a democracia se torne uma realidade, para além do direito a ela. São o principal canal de participação popular, nas três instâncias de governo - federal, estadual e municipal. São espaços públicos, de composição plural e paritária, entre Estado e sociedade civil. De natureza deliberativa e consultiva, sua função é formular e controlar a execução das políticas públicas setoriais (Governo federal, s/d).

Em favorecimento ao eficiente funcionamento de um conselho de saúde, esse deverá obedecer a paridade em sua formação. Sendo assim, deverá ser composto, por

25% de representantes de entidades governamentais, 25% de representantes de entidades não-governamentais e 50% de usuários dos serviços de saúde do SUS (Governo federal, s/d).

São responsabilidades dos conselhos municipais de saúde: controle e acompanhamento das verbas que chegam pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e dos repasses de programas federais; participação na elaboração das metas para a saúde; controle da execução de ações na saúde, além de obedecer a frequência mínima de se reunir uma vez por mês (Governo federal, s/d).

Na análise dos artigos levantados, a troca de favores, a busca pelo ganho de benefícios, as práticas de cooptação, o favorecimento pessoal ou privado no que concerne à esfera pública, foram as questões trazidas com maior frequência.

Na apresentação de uma experiência junto ao grupo de conselheiros de saúde, participantes do controle social, no estado do Piauí, tem-se o relato da influência do padrão oligárquico de dominação, institucionalizando as práticas políticas tradicionais, como o clientelismo e o fisiologismo, favorecendo a opacidade em torno dos projetos (Pedrosa, 1997).

Oliveira, Ianni e Dallari (2013) destacam nas falas de alguns conselheiros a descrença no conselho, esse, dito como “ineficaz”, que “não funciona” (Oliveira *et al.*, 2013, p.2333). Mencionam a “vaidade pessoal” e o “interesse pessoal” sobrepondo-se aos interesses coletivos, usando a expressão de que “não foi feito controle social” e sim “controle pessoal”, referindo-se às mesmas atitudes clientelistas por parte dos conselheiros (Oliveira *et al.*, 2013, p.2334).

Cotta, Martins, Batista, Franceschini, Priore e Mendes (2011) também destacam a “convivência pacífica entre as forças patrimoniais e clientelistas”. Apontam

que essas práticas, herdadas do colonialismo são partes “já cristalizadas na sociedade” (Cotta et al., 2011, p.1131). Enquanto Pestana, Vargas e Cunha (2007) salientam que tais práticas, levam “a favor da lógica da apropriação do público pelo interesse privado” (Pestana et al., 2007, p.495). Esses, apresentam a realidade de um conselho de saúde que se mostra limitado em relação ao gerenciamento da unidade. Ao que os autores creditam ser “(...) provavelmente reflexo da tradicional cultura casuística e tutelar que busca reduzir cada situação a um caso particular e na maioria das vezes, ‘controlar os profissionais’” [grifos dos autores] (Pestana et al., 2007, p.494). Apontam que os conselheiros “exercem atribuições que são desprovidas de um sentido político pleno de exercício de cidadania na garantia dos direitos sociais” (Pestana et al., 2007, p. 494). Descrevem que o conselho em questão, revela-se aquém de um espaço político que põe em cena interesses da população, na tomada de decisões.

Pedrosa (1997) aprofunda a questão, supondo os conselhos municipais de saúde, em sua maioria, representados pelos “amigos do prefeito”, sendo feito deste espaço, uma extensão do poder executivo (Pedrosa et al., 1997, p. 743). Percepção essa, compartilhada por outros autores, como Zambon e Ogata (2013) ao evidenciarem que muitos conselheiros, ingressaram a convite de pessoas com influência, no processo decisório do município - como o Secretário de Saúde e o Prefeito Municipal - ao que os autores alegam, “que além de estar em discordância com as normas de organização dos conselhos de saúde, geram conflitos de interesses e limita a autonomia destes atores” (Zambon e Ogata, 2013, p.924).

Afirmam Souza, Silva, Nobrega e Constancio (2012) que em Jequié - BA, repetem-se as mesmas falhas, tendo alguns conselheiros eleitos por votação, enquanto outros indicados para o cargo.

No estado mineiro, a realidade não difere. O conselho municipal de saúde de Teixeira, “é visto apenas como um instrumento de repasse de informações sobre a situação de saúde no município; como uma exigência legal para a homologação das decisões pré-definidas pela Secretaria Municipal de Saúde” (Cotta et al., 2011, p.1125). Complementando que esse conselho, também se faz percebido “como um lugar onde estão presentes aquelas pessoas que são tidas como aliados políticos ou pessoas de confiança dos gestores locais” (Cotta et al., 2011, p.1125).

Damatta (1985/1997) respalda essas evidências ao afirmar que a estratégia social e política mais visível no Brasil é a de buscar a relação. Equivalente a dizer que há a eterna busca por aquele que sendo conhecido de ambas as partes poderá mediar e fortalecer a relação que começa.

Entre as dissonâncias trazidas pelo estudo da realidade apresentada no conselho de Teixeira/ MG, e o que rege a legislação, estão o desconhecimento por parte dos conselheiros, sobre a categoria que representam. Dúvida essa, posta pelos autores como não sentida pela categoria que representa o governo. Ao que reflete-se no resultado da pesquisa, ao trazer que a metade dos conselheiros reconhecem que foram nomeados para participarem do conselho mas não frequentam as reuniões, e que desconhecem o real motivo de seus nomes terem sido indicados. Contudo a outra metade diz frequentar ativamente as reuniões. Isso não significa, no entanto, um dado positivo, visto que é apontado que parte deste grupo, acredita que “seu papel e sua atuação servem para legitimar as decisões tomadas a priori pela Secretaria Municipal de Saúde” (Cotta et al., 2011, p.1128). A outra parte, relata que pouco participam e se envolvem com o conselho municipal de saúde, vendo-se “como se ocupassem apenas um lugar, atuando como figurantes do processo de construção e avaliação das políticas locais” (Cotta et al., 2011,



p.1128). Alguns não reconhecem a pertinência de suas colocações, tendo a percepção de que suas ideias não são respeitadas pelos demais membros, avaliando o conselho como “um espaço burocratizado, onde apenas se referendam as decisões tomadas pelos gestores locais” (Cotta et al., 2011, p.1128). Justificam que “não se posicionam porque têm medo de se prejudicarem posteriormente” (Cotta et al., 2011, p.1128). Situação interpretada pelos autores como um “reflexo do processo de formação do conselho, marcado pelo desconhecimento sobre suas atribuições” (Cotta et al., 2011, p.1129). Acrescentamos que, possivelmente, também reflete a maneira como ocorreram as indicações.

Ao analisar os discursos dos profissionais da saúde de Natal - RN, Traverso-Yepez, Moraes e Cela (2009) constataram a visão sobre o controle social, como uma conotação negativa de fiscalização, confirmado na premissa de que os usuários participantes do conselho interessam-se apenas pela busca de privilégios (Traverso-Yepez et al., 2009, p.377). Citam as medidas burocráticas como entraves ao bom funcionamento do conselho. Sustentam a importância de abolir “as barreiras impostas por sua natureza burocrática e, especialmente, da reprodução não reflexiva das relações de desigualdades vigentes” (Traverso-Yepez et al., 2009, p. 378), para que se abram espaços, em que se possa construir práticas, que contemplem as necessidades dos usuários. Salientam ainda, que esse conselho tem sua importância questionada, pelo mau uso deste espaço.

Da mesma forma, entre enfermeiras de São Carlos/ SP - evidenciamos a insatisfação em relação à participação dos conselheiros, especialmente os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde. Arantes, Mesquita, Machado e Ogata (2009) relataram a falta de orientação destes, quanto ao seu papel nos conselhos gestores, ao

que acarreta o uso incorreto do cargo para fins de proveito próprio, citando como exemplo, a agilização de atendimentos e consultas médicas.

Similares são as questões apresentadas como relevantes por Zambon e Ogata (2013), como as diversas demandas levadas aos conselhos para discussão e possível acolhimento, pelo setor saúde, que em sua maioria apresentam “caráter reivindicatório e com benefícios individuais” (Zambon & Ogata, 2013, p.925). Não diferente dessa realidade, as demandas dos prestadores de serviços de saúde, apresentam-se principalmente como assuntos financeiros, ao que evidencia a “união de forças entre seus pares, no sentido de terem suas demandas aprovadas” (Zambon & Ogata, 2013, p. 925). Apontam a utilização do voto como moeda de troca, e que nessa “posição de barganha” (Zambon & Ogata, 2013, p.925), os prestadores de serviços se favorecem nos contratos com o município. No tocante ao segmento dos trabalhadores de saúde, trazem que de forma similar ao usuário, apresentam questões individuais e não coletivas. “Quanto à Gestão de Saúde, as demandas levadas aos Conselhos de Saúde são mais informativas, no sentido de esclarecer o que está sendo realizado pelo Poder Público, ou de aprovação de plano e relatório de gestão” (Zambon & Ogata, 2013, p.925 p.925).

Também Langdon e Diehl (2007) fazem a observação de que os assuntos discutidos no conselho, por eles analisado, fixavam-se em sua maioria, como questões “operacionais, com a vocalização de denúncias e demandas individualizadas” (Langdon & Diehl, 2007, p.29), comprometendo com isso, a capacidade dessa instância de influir no processo de participação e controle social.

Landerdhal, Unfer, Braun e Skupien (2010) partilham da ideia de que a prática do conselho municipal de saúde, atua de forma burocratizada, predominando aprovações de programas, ou projetos ligados à prestação de serviços assistenciais,

desconsiderando a proposição de políticas de saúde. Os autores destacam que a forma como as resoluções vêm sendo formalizadas, descaracterizam o encaminhamento e a visibilidade das ações para a população em geral. Sinalizam que apenas o funcionamento regular do conselho não garante que exista efetivo controle social.

Na mesma linha do caráter filantrópico, Oliveira et al. (2013) destacaram o entendimento do controle social, de alguns conselheiros, como ação de solidariedade realizada em favor ao próximo, traduzida pelos autores como controle social entendido como “prática caritativa” (Oliveira et al., 2013, p.2332).

Pessoto, Nascimento e Heimann (2001) trazem a percepção de que os conselhos locais de saúde, foram as instâncias que mais se desenvolveram nos municípios por eles pesquisados. Ao que os autores inferem, que “a expansão do número de conselhos produz a expansão concomitante do número de pessoas direta ou indiretamente envolvidas com as instituições públicas de controle social” (Pessoto et al., 2001, p.92). Deduzem que se esse aumento, não é condição suficiente, se faz condição necessária para uma “maior efetividade da participação enquanto instrumento de democratização do Estado e da própria sociedade” (Pessoto et al., 2001, p.92). No entanto, problematizam a natureza da participação nos conselhos, indagando-se sobre quem, e de que forma, o conselheiro representa: se representa interesses gerais ou particulares. Constatam no decorrer da pesquisa, que em metade dos municípios estudados, “ocorreu a criação de outros mecanismos de participação” (Pessoto et al., 2001, p.92). Explicando como outros mecanismos “toda e qualquer forma de fórum que não o Conselho ou a Conferência Municipal de Saúde, exigidos pela legislação” (Pessoto et al., 2001, p.92).

Percepções essas, que se assemelham às de Van Stralen, Lima, Fonseca Sobrinho, Saraiva, Stralen e Belisário (2006) ao apontarem os conselhos em “um processo de institucionalização que restringe a participação direta de cidadãos, tornando seletivo o acesso a eles” (Van Stralen, et al., 2006, p.630). Acrescentando que esses conselhos, “excluem setores não organizados ou organizados, que não tem vínculo com atores estatais” (Van Stralen, et al., 2006, p.630).

No relato da experiência referente à implantação de um conselho de saúde, Cruz, Vieira, Massa, Araujo e Vasconcelos (2012) atentaram para a divisão de forças entre os participantes. Constataram em parte dos usuários, a tentativa de implementar o conselho, apenas para ocupar um espaço político de visibilidade comunitária.

Shimizu, Pereira, Cardozo e Bermudez (2013) trazem o resultado de entrevistas com conselheiros de saúde, entre gestores, trabalhadores, usuários e prestadores de dezenove municípios da RIDE-DF<sup>1</sup>. Concluíram que a representação dos conselheiros ainda encontra-se em processo de formação. Contudo, salientaram a burocratização do controle social, explicada pelas gestões municipais, ainda estarem ancoradas em um modelo centralizador, ditas como “refratárias ao controle social”, e agindo, “buscando reduzir o seu papel deliberativo e fiscalizador a rituais de legitimação de políticas por eles elaboradas” (Shimizu, et al., 2013, p.2282).

Em relação à dinâmica de funcionamento do conselho municipal de Florianópolis/ SC, Grisotti, Patricio e Silva (2010) trazem a percepção da frustração por parte de alguns conselheiros, em relação aos resultados obtidos diante do longo tempo despendido em reuniões demoradas e dispersas, especialmente, sobre prestações de

---

<sup>1</sup> Região Integrada do Distrito Federal e Entorno

contas, em que os relatórios, geralmente, já vinham prontos da Secretaria para serem aprovados na reunião. Relatam que os conselheiros afirmaram sua impotência, para aprovar as prestações de contas e planos de aplicação dos recursos, sem um conhecimento prévio. Em relação aos encaminhamentos das deliberações realizadas nas reuniões do conselho, trazem conclusões a partir da análise das atas oficiais, dos registros, das observações realizadas, e da análise das entrevistas realizadas com os conselheiros, em que é comum não haver o resgate dos encaminhamentos de reuniões anteriores, bem como, o encaminhamento das deliberações. Acrescentam que quando os encaminhamentos foram feitos, não fora observada uma avaliação de resolutividade (Grisotti et al., 2010, p.836).

Silva (2011) pondera que é uma realidade nos conselhos, a agenda e a pauta serem decididas pelo gestor. Aponta a dificuldade de tomada de decisões, quando só o gestor tem acesso à informação, versando que essa é uma realidade a ser superada. Recomenda ainda, que as políticas de saúde deveriam ser a pauta principal, ao que parece não acontecer nesse conselho.

Outra questão trazida pelos autores, é em relação à paridade, exigida para o eficiente funcionamento de um conselho de saúde.

Grisotti et al. (2010) ao observarem deficiências encontradas na dinâmica de funcionamento, nos encaminhamentos das deliberações, no papel do conselheiro e na sua relação com a entidade que ele representa, defrontaram-se na composição e representatividade dos conselheiros. Em referência à paridade de usuários exigida na formação dos conselhos, verificaram que alguns profissionais de saúde representavam a parcela dos usuários. Situação esta, que para os autores, explicaria as dificuldades de retorno das deliberações do conselho à comunidade que eles representam, na medida em

que não residem na comunidade e nem sempre possuem vínculos ou causas comuns aos moradores (Grisotti et al., 2010, p.837).

Souza et al. (2012) de igual forma, ressaltaram a falta de paridade como um grave problema no conselho.

Já Batista, Muniz, Ferreira Neto e Cotta (2010) apontam pontos positivos na composição do conselho de Ponta Nova/ MG. Esse obedece, em linhas gerais, às determinações legais, sendo a maior proporção de conselheiros, da categoria dos usuários, o que para os autores, resulta em maior influência desses representantes nas suas atividades. Acreditam que os horários noturnos das reuniões, a existência de apoio técnico administrativo, assim como o caráter público das reuniões, são indicativos de que as atividades são organizadas, levando em conta os interesses dos representantes dos usuários. Contudo, a pesquisa aponta que esse conselho, apesar de contar com toda uma estrutura e organização que deveria favorecer aos interesses da coletividade, acaba atuando de maneira individualizada. Destacam também a falta de comprometimento traduzida na baixa assiduidade dos conselheiros.

Já na ótica dos componentes do conselho de Canindé/CE, este “apresenta grandes virtudes no que diz respeito ao efetivo exercício do Controle Social” (Duarte & Machado, 2012, p.131). Contudo, mostram os autores, que apesar da paridade exigida na formação do conselho ser neste caso satisfatória, se evidencia a disparidade na participação entre os segmentos, e o desconhecimento, por parte da população, sobre as atividades e funcionamento do Conselho. Relatam que a participação dos usuários é frágil, justificando na afirmação de que “os usuários são os que têm a visão mais positiva em relação à eficácia do colegiado” (Duarte & Machado, 2012, p.136), contudo é também o “segmento avaliado como o mais ausente e inativo” (Duarte & Machado,

2012, p.136), sugerindo omissão por parte do segmento dos usuários, e de certa forma, levantando dúvidas em relação às virtudes apontadas pelo conselho em questão (Duarte & Machado, 2012, p.131).

Abrimos aqui um parênteses, para refletir sobre a terminologia usada na definição de usuário - questionamento esse que encontramos também sendo feito por Silva (2011). Indagamos: Quem seriam os usuários? São os que não se enquadram em nenhum outro grupo de representação? São os usuários que dependem do SUS? Poderia ser considerado usuário, alguém que não utiliza os serviços do SUS, embora tenha o direito de usá-lo, conforme o princípio da universalidade?

Silva (2011) posiciona-se que usuário é o sujeito coletivo constituído pela entidade a qual representa - ao que parece deixar ainda amplo o entendimento do termo. Nesse caso, entende-se que poderia ser considerado usuário, todos os que tem direito ao SUS, desde que represente uma entidade. Poderia ser alguém da área da saúde, representando um coletivo - sua comunidade, por exemplo. Possivelmente esse entendimento cause confusão entre as composições das categorias de representação. Pensamos que esse seja um fato que pode comprometer a questão da paridade dos conselhos, entendendo que a ambiguidade que o termo traz, abre possibilidades para diferentes interpretações de quem seriam esses usuários.

O relato de Langdon e Diehl (2007) ilustra essa questão, ao abordarem os conflitos gerados pela ambigüidade de papéis dos membros do controle social na saúde indígena. Expõem dúvidas sobre a representatividade nesse conselho, visto que alguns indígenas contratados pela Funai ou Funasa, atuavam no conselho como representantes dos usuários, ao que gerava dúvidas sobre qual entidade representariam. Explicam que “ao mesmo tempo que deveriam trazer para a discussão as demandas das comunidades

que representavam, suas atuações poderiam ser vigiadas (e cobradas) pelas instituições empregadoras” (Langdon e Diehl, 2007, p.28).

Outro tema mencionado com frequência nos relatos que seguem, foi a falta de comprometimento de alguns conselheiros, no que diz respeito à assiduidade às reuniões. Ao que estendemos para a não observância da frequência mínima de se reunir uma vez por mês - ação essa, proposta como uma das responsabilidades dos conselhos municipais de saúde. Esses vêm no mesmo fluxo da disparidade dos conselhos, da forma burocrática de agir, bem como, dos interesses individualistas.

É o que apontam Oliveira et al. (2013) ao observarem o não comparecimento dos conselheiros no horário agendado - não permitindo o início das sessões por falta de *quorum* - além dos discursos, ditos “maçantes e de interesse restrito que geram tensões entre os segmentos” (Oliveira et al., 2013, p.2333). Também Cruz et al. (2012), que destacam a ausência sistemática dos conselheiros nas reuniões (Cruz et al. (2012, p. 1095). Cotta, Cazal e Rodrigues (2009) mencionando como falha, a falta de uma agenda pré-definida, sobre a data de realização das reuniões. Seguidos por Siqueira et al. (2011) e Cotta et al. (2011), que além do elevado número de faltas dos conselheiros, apontam a irregularidade no número de assembleias no período analisado. Por Souza et al. (2012) ao afirmarem que as reuniões ordinárias não ocorreram em sua maioria, sendo necessário marcar um grande número de reuniões de caráter extraordinário. E por Batista et al. (2010) ao sugerirem que a baixa frequência de conselheiros às reuniões, apontam algumas tendências no comportamento desses: o não comprometimento dos conselheiros ausentes com a população que eles representam; o desconhecimento de informações sobre as atribuições dos conselheiros; e “quanto às normas que regem o funcionamento interno desse fórum, que, para as ausências, prevê substituição do



representante após três faltas consecutivas não justificadas” (Batista et al., 2010, p. 788); bem como, a falta de entendimento do que é controle social por parte dos membros do conselho. Questão essa, que conduz à outro obstáculo apontado nos estudos realizados, a saber, a demanda de educação permanente prevista como autonomia dos conselhos municipais e estaduais.

Sendo os conselhos de saúde constituídos para formular, fiscalizar e deliberar sobre as políticas de saúde, se faz impreterível o conhecimento das normas que regem o SUS. A fim de que se atinja tal feito, de modo articulado e efetivo, o conselho nacional de saúde em conjunto com o Ministério da Saúde, são responsáveis pela elaboração da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social do SUS. A cargo dos conselhos municipais e estaduais de saúde, fica a elaboração de políticas e planos de ação, com apoio dos gestores municipais e estaduais. Essa postura contempla o reconhecimento de especificidades locais, dentro da diversidade regional do país (Governo federal, s/d).

Os processos de educação permanente para o controle social do SUS, conforme orientação de diretrizes, são autônomos e devem ser reconhecidos e incentivados para o fortalecimento da organização e do funcionamento do SUS (Governo federal, s/d).

Estes processos de capacitação são uma realidade refutada por Duarte e Machado (2012) ao constatarem, que menos da metade dos integrantes do conselho municipal de saúde de Canindé/ CE - receberam capacitação formal para o exercício do controle social. Destacaram que apesar disso, “a maioria deles não encontra dificuldades na compreensão dos assuntos pertinentes ao conselho” (Duarte & Machado, 2012, p.132), sentindo-se preparados para a função, preparo esse, questionado pelos autores.

Oliveira et al. (2013) aprofundam a questão, ao apontarem a discrepância entre o discurso, sobre o entendimento do que é o controle social, com a ação posta em prática - descrita como uma “ação participativa fragilizada e esvaziada” (Oliveira et al., 2013, p. 2336). Mostrando que o “processo de discussão é prejudicado por uma cultura política que tem dificuldades em reconhecer e respeitar o outro como cidadão” (Oliveira et al., 2013, p.2334).

Cotta et al. (2009) em um levantamento de entrevistas com conselheiros de Viçosa - MG - tendo entre eles, representantes dos usuários, do Governo Municipal, dos prestadores de serviço, e dos profissionais de saúde - constatam que 79,4% dos conselheiros nunca receberam nenhum tipo de capacitação. Evidenciando “a falta de conhecimento dos conselheiros sobre seu papel no CMS e sobre o próprio papel do CMS na esfera social e sanitária” (Cotta et al., 2009, p.434). Também apontam para o desconhecimento sobre as verbas que financiam o SUS; sobre o Regimento Interno, e do Plano Municipal de Saúde, mostrando também, dificuldade para analisar o Relatório de Gestão. As autoras creditam a isso, a limitação e ineficiência da atuação dos conselheiros, ao que acreditam, levar a “comportamentos de submissão e conformismo em substituição à práticas de cidadania, participação e controle social” (Cotta et al., 2009, p. 429-434).

Zambon e Ogata (2013) mostram que a maioria dos conselheiros não participou dos processos de capacitações específicas. Parte desses conselheiros, quando perguntados sobre o entendimento do que é controle social, respondeu que é a contagem para controle do número de atendimentos de saúde ou confundiram-se com controle de natalidade.

Um aparte se faz apropriado, ao confrontar-se novamente com a questão da terminologia dúbia. Dessa vez, na definição do termo controle social.

Sem a intenção de minimizar o despreparo dos conselheiros trazido pelos autores, pensamos que parte do não esclarecimento sobre o que é controle social, se deva à possibilidade de equívoco a que o termo suscita. Controle sugere domínio, fiscalização, supervisão, inspeção - no sentido de vigilância, de apontar a algo - que dentro da realidade que os autores estão trazendo, seria apontar a algo que não está acontecendo como deveria. Percepção respaldada por Traverso-Yepetz et al. (2009) ao referirem a visão de conselheiros sobre o controle social, como uma conotação negativa de fiscalização. Contudo, o controle social do SUS é mais do que isso. É fiscalização no sentido de ação propositiva, no sentido de propor algo para além de só apontar falhas. Seria ir à direção de debater o que se mostra como inadequado, se responsabilizando por mudar a realidade que se apresenta.

Ainda em relação ao termo controle social, Silva (2011) atenta para o uso dos termos: participação popular, participação da comunidade, participação social, controle social, gestão participativa e gestão democrática, como termos comumente usados como sinônimos. Acrescenta que, conforme avaliação do CEBES - Centro Brasileiro de estudos de Saúde - há um uso indevido, pela falta de clareza desses termos e/ou expressões. Esclarece que não são sinônimos e não existe evolução de um para outro, ou seja, não começa na participação popular para se chegar ao controle social. Por fim, sugere que o termo mais adequado, seguindo os preceitos do SUS, seria “participação da sociedade”, explicando que tal termo, remete à ação propositiva, ao que vem corroborar com o que colocamos anteriormente.

Retomando Zambon e Ogata (2013), essas creditam que um maior envolvimento nos processos de capacitação, poderiam minimizar as dificuldades no exercício cotidiano de suas funções. A exemplo, citam os conselheiros que participaram de capacitações. Dizem que esses legitimam o ganho de conhecimento, através de troca de experiência com outras realidades. Contudo, acusam a existência de limites desses processos. Também expõem a dificuldade de acesso à informação, apontada por alguns conselheiros representantes dos usuários, entendida pelas autoras como fator que acaba “coibindo e desestimulando o efetivo exercício de seu papel” (Zambon & Ogata, 2013, p.925).

Também Siqueira et al. (2011) asseguram como um fator importante a se considerar, no estado do Espírito Santo, o fato de alguns conselheiros, não terem participado de nenhum processo de formação para a realização de suas funções. Fato esse, trazido como reflexo, na predominância de deliberações de natureza informativa, e sobre a organização da estrutura e dinâmica do conselho em relação às deliberações, sobre monitoramento, proposição e ações.

Já no relato de Cruz et al., (2012) revelou-se a “insistência em criar o CLS e eleger os conselheiros de qualquer maneira, sem preparações pedagógicas e organizativas adequadas” (Cruz et al., 2012, p.1094). Referem que contrapondo-se a essa ideia, algumas lideranças comunitárias visavam “construir o conselho de forma coletiva com trabalhadores e gestores, criando para isto espaços de conhecimento, negociação e aprendizado mútuos” (Cruz et al., 2012, p.1094). Possivelmente essa divisão de forças justifique a percepção que tiveram os autores, sobre a desconfiança, por parte da comunidade, em relação ao corpo técnico exigido na composição do conselho, no temor de que “a presença dos profissionais oprimisse a participação dos

usuários no espaço” (Cruz et al., 2012, p.1094). Um processo de capacitação adequado poderia esclarecer a importância e os limites de um corpo técnico no apoio das ações do conselho.

Corroborando com tal afirmativa, apresenta-se as concepções de Morita, Guimaraes e Di Muzio (2006). Esses consideram o preparo de conselheiros como diferencial na tomada de decisões de um conselho. Citam como exemplo, os conselheiros relacionados aos sindicatos, os vinculados a associações de trabalhadores portadores de problemas decorrentes do trabalho, e os ligados à saúde do trabalhador. Estes são descritos como “os mais expressivos dentre os que representam a sociedade civil” (Morita et al., 2006, p.53). Destacam que diferente de outros conselheiros, não se restringem às questões relacionadas aos grupos que representam, tornando-se referências para os demais conselheiros. Embora para os autores tal expressividade os coloca em vantagem, pois “quaisquer discussões e votações que se referem à saúde do trabalhador são sempre favorecidas, em função da força de argumentação e da credibilidade que eles adquiriram perante os demais conselheiros” (Morita et al., 2006, p.53).

Em outro escrito, pontuamos que o trabalhador dificilmente reconhece situações de risco e agravos, e dificilmente as relaciona com sua saúde, necessitando de uma investigação adequada, que leve a tal reconhecimento. Ao que parece, se faz sobremaneira adequada uma representação dos trabalhadores da saúde, conscientes das particularidades desse grupo (Bühler, 2015). Enfatizamos também, que o entrecruzamento da Atenção Básica com a Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador é essencial para efetivar a política do SUS, questionando como, e se, é feita essa ponte entre a porta de entrada e a continuação da rede especializada de atendimento ao

trabalhador, reforçando que “um atendimento inadequado é incapaz de dar o encaminhamento necessário para que a estrutura funcione de fato” (Bühler, 2015, p. 45). Ganham os trabalhadores, quando têm uma representação eficiente no controle social, capaz de dar atenção especial à eventuais falhas, que acabam descaracterizando o nexo causal, do adoecimento relacionado ao trabalho.

Em relação a outros grupos de representação, Morita et al., (2006) salientam que alguns conselheiros reconhecem não trazer propostas da comunidade a qual representam, tampouco levar para a sua comunidade os assuntos e decisões tratadas dentro do conselho. Fato que os autores denominam de “burocratização da representação”(Morita et al., 2006, p.54), em que a representação se apresenta apenas formal, e não de maneira eficaz.

Em outra esfera, foi destacada por conselheiros, a pouca visibilidade do conselho municipal de saúde de Florianópolis perante a população do município. Dizem que as repercussões das deliberações e o conhecimento desse conselho pela população, somente se faz possível, porque muitos conselheiros são médicos e enfermeiros, que atuam em comunidade. Grisotti et al. (2010) sustentam, que não há repercussão das ações do conselho na comunidade, e o conselho é somente reconhecido pelos próprios conselheiros. É evidenciado, que alguns conselheiros desconhecem as bases das políticas públicas, o regimento interno do conselho municipal de saúde, assim como seu papel de representante no conselho. Dizem, que praticamente inexistem discussões mais profundas sobre o que é o conselho e sobre suas atribuições e limites, temas estes, que na opinião dos autores, possibilitariam aos conselheiros, uma atuação mais consciente e eficaz.

No estado mineiro, a realidade dos conselhos não se mostra diferente. Cotta et al. (2011), demonstram a fragilidade existente na formação desse conselho. Relatam a análise da ata, da primeira reunião ocorrida em fevereiro de 2005, na cidade de Teixeiras/ MG, retratando desconhecimento dos membros sobre sua função, e sobre como deve ser realizada a determinação dos demais membros, para composição do conselho. Ao que já fora demonstrado anteriormente, que esse conselho se formou apenas para o cumprimento de uma exigência legal. Desse modo, o estudo traz que apenas 9% dos conselheiros entrevistados, acreditam que práticas que visem conscientizar a população de seus direitos e deveres como cidadãos, seriam capazes de mudar essa realidade.

Arantes et all (2007) trazem o relato, da experiência de enfermeiras, sobre o controle social na saúde, ancoradas principalmente, no exercício da participação dos usuários, nos conselhos gestores das unidades de saúde de São Carlos. Desta forma, destacaram algumas dificuldades, que acreditam que prejudicam o funcionamento efetivo dos conselhos. Citaram a falta de preparo dos profissionais e dos usuários para atuarem, e os baixos resultados alcançados pelos conselhos, junto ao gestor municipal, como as principais dificuldades. Premissas que parecem intimamente interligadas.

Em contrapartida, essas enfermeiras, no exercício de suas funções, realizaram ações que para as autoras, auxiliaram na promoção e no fortalecimento do controle social na saúde, como: “orientação aos usuários, convite para participarem das reuniões do conselho gestor local, leitura de sugestões deixadas em caixas específicas, e divulgação das reuniões do conselho gestor” (Arantes et all, p.477).

No estudo desenvolvido junto ao Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, Alencar (2012), compartilha da ideia de capacitação de conselheiros. Para a autora, o

processo de educação permanente, mostrou uma relação positiva de organização social, mobilizada na defesa dos direitos sociais. Baseado em experiências anteriores de capacitação de conselheiros - antes de caráter episódico e dependentes de incentivos externos - o estudo buscou encontrar um caminho com maior autonomia, frente a gestão municipal, que não se mostrava aberta à participação social. A educação permanente foi apontada como um instrumento estratégico, na potencialização do controle social.

Seguindo na elaboração de políticas e planos de ação, como já foi dito anteriormente, essa deve visar a contemplação do reconhecimento de especificidades locais. Nessa linha, temos os relatos de um conselho distrital de saúde indígena - Condisi<sup>2</sup>, e da concepção dos integrantes do Coletivo Nacional de Saúde do MST - Movimento Sem Terra - sobre a participação no controle social do SUS, bem como de discussões de estratégias adotadas nessa direção.

No relato de uma experiência sobre o controle social na saúde indígena, em um Condisi (Interior Sul), através da interpretação de atas de reuniões, Langdon e Diehl (2007) constataam que grande parte dos componentes da representação não indígena está vinculada à gestão e à prestação de serviços no Distrito, tornando-se fiscais de si mesmos, suscitando o questionamento sobre a efetividade desse Conselho (Langdon e Diehl, 2007, p.28). Também foi referenciada a falta de vaga para um conselheiro Guarani, visto que os índios dessa etnia fazem parte dessa região. Referem que os índios viam sua representatividade como fraca, por não verem atendidas suas solicitações - a exemplo, um posto de saúde solicitado há mais de um ano.

---

<sup>2</sup> O DSEI - Distrito Sanitário Especial Indígena - Interior Sul, com população indígena estimada em torno de 30 mil pessoas, pertencentes às etnias Kaingang, Guarani, Xokleng, Krenak e Terena, tinha sede nas instalações da Coordenação Regional/ Funasa-SC, em Florianópolis (o novo DSEI Sul-Sudeste mantém a sede em Florianópolis) e os pólos-base eram localizados em Bauru (SP), Londrina (PR), Guarapuava (PR), Chapecó (SC), José Boiteux (SC) e Passo Fundo (RS). Desde a criação desse DSEI até agosto de 2006, cerca de cinco coordenadores foram indicados, todos não indígenas.



As autoras acreditam que esta representatividade, é marcada pela institucionalização e pela burocratização, do processo de participação e controle social, e pela troca constante de conselheiros indígenas, que apesar de ser prevista, no caso indígena, se torna um problema, por serem poucos os preparados para a função, acarretando no não cumprimento do tempo necessário para preparar um novo integrante (Langdon e Diehl, 2007, p.32). Concluem que “os princípios da atenção diferenciada, tão bem elaborados nos documentos oficiais, ainda não se tornaram uma realidade, seja na forma de participação da comunidade e controle social , seja na formação de equipes multiprofissionais para trabalhar em situações multiculturais” (Langdon e Diehl, 2007, p.31). Demonstrando que os profissionais da saúde, desconhecem a permeabilidade das fronteiras, entre os serviços oficiais de saúde e as práticas medicinais indígenas.

Realidade semelhante, encontra-se no Movimento Sem Terra (MST). A saber, o setor da saúde do MST, foi criado em 1998, sob forma de coletivo Nacional de Saúde (CNS), responsável pelo debate político dessa área, frente às demandas sanitárias do cotidiano (Severo & Da Ros, 2012). Em entrevistas feitas com alguns integrantes, foi expressada a direção da luta do MST, para além de uma simples reivindicação por terra, destacando a luta pela conscientização pelo direito à saúde, e luta pelo controle social do SUS, como importante tarefa. Os resultados da entrevista demonstraram significativa descrença nos conselhos de saúde, sem deixar de reconhecer a importância da inserção do movimento nas esferas institucionais. Destacam a necessidade de revisão do modelo de controle social, opinião presente em várias entrevistas, que para Severo e Da Ros (2012) “reflete tanto a descrença como a dissonância entre o conceito apresentado pelos integrantes do Coletivo e a concepção instituída após a Reforma Sanitária [...]” (Severo & Da Ros, 2012, p.181). Apontado como principal motivo de desconfiança, a existência

de práticas de “cooptação de lideranças em troca de favores”, juntamente com a “falta de acesso às informações; utilização de linguagem técnica como instrumento de poder e desarticulação dos conselheiros com suas bases”, são trazidas pelos autores como contribuição para a descrença no conselho nessas esferas (Severo & Da Ros, 2012, p. 181). Complementam, que “o modelo de controle social do SUS não encontra significação no imaginário social da população do campo” (Severo & Da Ros, 2012, p. 182), visto a falta de sentimento de pertença, por parte da militância do MST, por não ser a criação do SUS uma conquista do MST. Parte dos entrevistados não vêem no controle social do SUS, um espaço de representação, com uma estratégia capaz de “colaborar com a transição do modelo societário” (Severo & Da Ros, 2012, p.183), portanto, perdendo o sentido para eles, tal participação, visto que o movimento pauta e limita sua participação, em um “modelo de organização social” e na “luta por uma transformação ampla da sociedade que possa promover a real concretização dos direitos fundamentais do homem” (Severo & Da Ros, 2012, p.183). Dizem sentir-se manipulados, pelo tipo de organização de participação popular.

Presume-se, que Lazarini, Sodre e Dalbello-Araujo (2014) tenham se aproximado desta questão, ao destacarem a tênue linha que se apresenta, com a predominância do saber técnico, na concepção de educação em saúde - com ações pontuais e verticalizadas. Suas percepções, nos debates sobre educação em saúde no conselho municipal de saúde de Vitória - ES, dão conta de que o entendimento dessas práticas, de forma vertical, “não favorece a autonomia e o respeito à subjetividade dos sujeitos” (Lazarini et al., 2014, p.1236), configurando-se como “estratégia de vigilância de Estado, uma vez que disciplina os corpos individuais, impondo-lhes um ‘modelo

correto’ a ser seguido, traduzido pela ‘indiscutível’ adoção do hábito saudável de vida” (Lazarini et al., 2014, p.1236).

Nessa mesma linha, da disciplina como estratégia de vigilância do Estado, podemos ver um crescimento da necessidade de autogerenciamento da saúde, ao que Rose (2013) chama de ‘cidadania ativa’ (Rose, 2013, p.189). Para esse autor, as práticas médicas vêm se apropriando dessa demanda, através dos ‘projetos de cidadania’ (Rose, 2013, p.189) - que são os “modos pelos quais as autoridades pensam acerca das pessoas como potenciais cidadãos”, bem como, “as formas pelas quais eles tentam interferir nelas, nesse contexto” (Rose, 2013, p.189). Destaca ainda, a ‘cidadania biológica’ como abrangente de todos os projetos de cidadania (Rose, 2013, p.189).

Em outro escrito nosso, chamamos a atenção, para a estrutura da biomedicina, que vem se destacando em acelerado andamento no Brasil, favorecendo a medicalização. Esse crescimento se apoia no fato de que a maioria da população, nos últimos anos, tem algum contato com a biomedicina por meio do SUS. Sustentamos que tal estrutura acaba funcionando de forma a tornar a medicalização, uma força cada vez maior. Tendo como reflexo o entendimento por parte dos usuários, de que o SUS se traduz na espera por vagas nos serviços, espera em filas para consultas, exames, entrega de medicamentos, participação em grupos de ajuda, e tantos outros. Complementando que, a população foi e continua sendo ensinada e gerenciada para consumir doenças, aceitar os saberes médicos e valorizar as dores do corpo, e que “respondem ao que a biomedicina deles espera” (Bühler, 2015, p. 57). Acrescentando que à medida que a biomedicina muda a nossa relação com a saúde e a doença, contribui diretamente com a dificuldade de ampliar o campo de ação das práticas que visam o sujeito em sua experiência alteritária (Bühler, 2015, p. 57). Enfim, naquele escrito, propomos uma

maior inserção das práticas psicológicas no controle social, pois essas avançaram numa visão mais ampla do processo saúde-doença, para além da medicalização, do campo da psiquiatria, contribuindo com a legitimação do princípio da integralidade, proposto pelo SUS. Defendendo outrossim, “práticas que subsidiam a visão da pessoa como um todo, como um ser não só biológico, mas também como um ser dotado de subjetividade” (Bühler, 2015, p.56).

Para Buss (1995) as práticas dominantes nos serviços de saúde, voltadas essencialmente para os indivíduos, “eminentemente assistenciais e hospitalares, possuem baixa resolutividade e são frequentemente ineficazes” (Buss, 1995, p.98), considerando-se o quadro epidemiológico e as necessidades sociais em saúde.

Buss e Labra (1995) sinalizam para o que chamam de “fenômeno sem paralelo em outras áreas da política pública” (Buss & Labra, 1995, p. 13) - a saber, as aceleradas transformações pelas quais a medicina vem passando. Citando como exemplo, a crescente “complexificação tecnológica; a pluralização organizacional de serviços de saúde cada vez mais submetidos à impessoalidade burocrática; a ascendência da profissão médica e a dominância de suas associações corporativas (Buss & Labra, 1995, p. 13). Ao que o comentário de Dussault (1995) vem a complementar, ao alertar que os médicos não deveriam satisfazer-se em ser apenas bons técnicos, esquecendo o impacto de suas decisões e ações sobre o bem estar da comunidade.

Grisotti et al. (2010) destacam a dissonância de representações, sobre saúde e doença, entre usuários, técnicos e conselheiros, acreditando ser essa, uma das consequências da não efetivação do controle social. Referem que os usuários falam em doença, referindo-se “aos sinais e sintomas que costumam apresentar, representadas por expressões construídas no senso comum” (Grisotti et al., 2010, p.834). Contudo, o

entendimento de saúde e doença dos trabalhadores da saúde e dos conselheiros, contrasta, ao se expressar de forma mais conceitual, “mostrando elementos teóricos de origem acadêmica, ampliando o significado da saúde e da doença para além dos ‘sinais e sintomas’, incorporando outros conceitos como, o de qualidade de vida, e evidenciando a experiência subjetiva do processo adoecer-curar” (Grisotti et al., 2010, p.834). Prosseguem, contrapondo-se, que ainda que as representações dos trabalhadores e dos conselheiros relacionem saúde com condições de vida, no que inclui a melhoria dos serviços de saúde pública, há uma distância entre o discurso e sua aplicação.

Da mesma maneira, na avaliação das necessidades e potencialidades das ações em saúde mental, Cossetin e Olschowsky (2011) corroboram que para que o controle social, seja de fato, uma construção da cidadania - citando o campo da saúde mental - em que se faz imprescindível que as decisões sejam descentralizadas em debates locais com usuários. Defendem a construção de ações em saúde mental, com “base na subjetividade, no vínculo, na escuta, na saída dos usuários de espaços de tratamento para a vida de cuidados com familiares [...]” (Cossetin & Olschowsky, 2011, p.500). A visão dos conselheiros frente ao controle social, trazida pelas autoras é a de que a atuação [deles], na formulação de estratégias consistentes, controle e execução da política de saúde, é o que possibilita que as ações em saúde mental sejam realizadas conforme a lei que a rege. Ao que se mostra um grande ganho para a saúde mental.

Pode-se ver, que se por um lado, a educação permanente se faz imprescindível, por outro, traz a necessidade de reflexão de como ser feita.

Ferreira, Forster e Santos (2012) experienciaram no Conselho Municipal da Saúde de Ribeirão Preto - SP - a condução da interação, entre a gestão local do SUS e as instituições de ensino superior (IES), visando promover a reorientação da formação

profissional em saúde. Relataram a exposição de interesses corporativos, políticos e econômicos dos agentes envolvidos. Em contrapartida, mostraram o protagonismo do conselho municipal de saúde, como “mobilizador de vários atores sociais em um modo de interação institucional mais participativo e reflexivo, na perspectiva da formação profissional, da produção do cuidado, do conhecimento em saúde e da participação e controle social” (Ferreira et al., 2012, p.133).

Na descrição e análise da dinâmica da participação no controle social, de membros efetivos do conselho de saúde de Belo Horizonte, já apresentado ao longo desses escritos, se faz interessante ressaltar, que decorridos três anos, o estudo voltou a analisar as atas das reuniões plenárias, em busca de sinais de reação institucional, frente às dificuldades relatadas.

Naquele primeiro momento, as autoras fizeram um levantamento do entendimento do controle social entre os membros do conselho. Esse, sintetizado nas ideias de: participação na gestão pública; fiscalização do gasto público; efetivo controle do Estado pela sociedade; participação na formulação; implementação e verificação da política pública; diferença de cogestão; solidariedade ao próximo e luta pelo direito de todos (Oliveira et al., 2013, p.2331).

No segundo momento, foram em busca da possibilidade de detectar a existência de mecanismos de reação do conselho de saúde, visando minimizar, ou até mesmo superar, as dificuldades observadas e relatadas. Entre os resultados, apareceram a capacitação dos conselheiros, visto que a cada dois anos, passam por um processo de renovação de seus membros, entre efetivos e suplentes. Também foi destacada a tentativa, não concluída, da revisão do Regimento Interno do Conselho. Novamente, apareceu a prevalência do corporativismo, privilegiando o interesse comum, frente ao

coletivo. Contudo, essa segunda etapa, trouxe um dado promissor ao constatar o desejo de mudança deste cenário.

Também Fleury, Ouverney e Kronemberger (2010) trouxeram o resultados de uma pesquisa, que teve a análise de questionários, em duas aplicações, nos anos de 1996 e 2006. Já essa análise, permitiu aos autores, a afirmação de que “houve modificações importantes na relação Estado-sociedade, em direção a um padrão mais democrático de exercício de poder local” (Fleury et al., 2010, p.454). Contudo, diferente do esperado, de que o processo de descentralização conduzisse à democratização, os resultados da pesquisa demonstraram tendências diferenciadas. Em relação ao controle social, “houve institucionalização da prática de prestação de contas, acompanhada da diversificação e ampliação dos mecanismos utilizados” (Fleury et al., 2010, p.454). Concluem, que “há déficits ainda acentuados de responsividade na governança local” (Fleury et al., 2010, p. 454). Porém, no que se refere ao processo decisório, apontaram avanços, salientando, que a definição de prioridades, vem obedecendo mais aos critérios técnicos e demandas institucionalizadas vindas do conselho municipal de saúde, ocasionando que a elaboração do orçamento, deixou de ser “um espaço limitado para a inserção de outros atores além do prefeito e do secretário municipal de saúde” (Fleury et al., 2010, p.454).

Van Stralen et al. (2006) questionam a eficiência dos conselhos de saúde, demonstrando dificuldade de saber, em que consta a contribuição desses conselhos, em relação à eficiência dos mesmos, reconhecendo como frágeis, o controle social e a gestão participativa. Contudo, também trazem a visão otimista de que ainda que burocratizados, os conselhos “não têm esgotado seu potencial de promover controle social sobre a gestão do SUS e de tomar decisões legitimadas pela consonância com o discurso do SUS” (Van Stralen et al., 2006, p.631). Ideia, revalidada por Shimizu, et al.,

(2013) ao destacarem, que nos conselhos observados, apesar da institucionalização da participação social ter se mostrado permeada por interesses conflitantes e contraditórios, a defesa da questão pública se destacou.

A análise das experiências aqui levantadas, possibilitam, de certa forma, um retrato da realidade prática do controle social no Brasil. Sendo assim, se faz desperta a oportunidade de reflexão sobre os fatos levantados.

Evidenciamos a preocupação, de alguns segmentos, na defesa para não transformar as práticas de saúde em negócio lucrativo. Atentam para a primazia da medicalização na saúde pública, em que são induzidos, o consumo de medicamentos e procedimentos médicos, em detrimento de práticas que visem a subjetividade das pessoas.

Favorecimento pessoal frente à esfera pública, concessão de vantagem - revertida em troca de favores - práticas de cooptação, busca pelo ganho de benefícios, ilustram alguns dos relatos de experiências dos conselhos de saúde mencionados. Dessa forma, o modelo de controle social vigente, constitui ao mesmo tempo, um processo democrático e a tentativa de apropriação privada da esfera pública.

Ponderamos que resolver problemas de forma individual, prevalecendo o privado frente ao público, opõe-se essencialmente aos princípios básicos do SUS, em destaque, ao princípio da equidade - visto que o favoritismo atua como reverso da imparcialidade.

Desde os tempos do Brasil colônia, revela-se o predomínio das relações primárias no Brasil, e a ambivalência entre as normas impostas para regular uma certa conduta, e a conduta seguida de fato (Freyre, 1933/2013; Holanda, 1936/2014; Prado, 1942/2011).

A tradição histórica e social fundou a comunidade brasileira, a partir de desigualdades sociais. A hierarquia, comumente posta à frente das relações, privilegiava



e continua a privilegiar, a família, a propriedade, os interesses individuais e as relações pessoais, persistindo em manter essa comunidade como heterogênea. Ocorre que uma sociedade que se funda não se baseando na noção de indivíduo - indispensável para a efetivação de cidadania - prioriza a relação, refutando o indivíduo-cidadão, esse, portador de direitos morais e políticos. Isso posto, resta a segregação aos que carecem de relação pessoal. No Brasil, foi a partir da constituição de 1988 que se consolidou e desenvolveu o conceito de cidadania.

A cidadania, entendida como a relação de direitos e deveres, concedidas ao povo em uma sociedade, compreende três direitos (Marshall, 1967). O direito civil - que pode ser traduzido na liberdade para ir e vir, no direito à propriedade, à liberdade de expressão, à escolha de religião. O direito político - que é o direito de votar e ser votado, de ter participação política na sociedade. E o direito social - expressado na conquista de melhores condições sociais, educação, renda, segurança, previdência social, saúde. Esse último, que podemos exemplificar com o SUS. O Brasil é um dos poucos países que em tese dá o direito de saúde integral, universal e equitativa à sociedade. Seguindo o preceito da universalidade, todo cidadão, tem o direito de ser atendido em hospitais públicos. Embora não tenha previsão do atendimento, e nem sempre possa contar com a qualidade desse serviço.

Importante colocar que esses direitos, a priori, são conquistados pela população, a partir dos anseios pelo atendimento de suas necessidades. Por dedução, não seriam dados ao acaso, teriam surgido, a partir de uma necessidade da população, como veremos no próximo capítulo. Ocorre, que no Brasil, os portugueses colonizadores, trouxeram suas leis e instituições, à espera de um povo que as acolhesse. Tal qual um fado, se opôs à conquista. Dito de outra forma, na colonização do Brasil, os direitos não

partiram da necessidade da população, não foram por ela conquistados, e sim impostos pelos portugueses que aqui chegaram. Buarque de Holanda (1936/2014) corrobora, marcando a passividade do brasileiro como ponto facilitador de tal imposição, alegando que os direitos no Brasil são vindos da elite, ou seja, de cima para baixo. Consolidando-se com a assertiva de José Murilo de Carvalho (2002) de que no Brasil, os direitos e a cidadania foram conquistados a partir de uma ordem invertida, referindo-se a ordem dos direitos, introduzidas por Marshall (1967). Explica que no Brasil, o governo inverteu a ordem desses direitos, ao introduzir o direito social antes da expansão do direito político. Com isso, os direitos trabalhistas, foram incorporados na sociedade por leis sociais, e não, por consciência política e sindical, equivalente a dizer que foram cedidos e não conquistados.

Contudo, o SUS se faz excessão em relação a concessão de direitos. Em diferente lógica, o SUS nasceu da mobilização social, impulsionada pelo Movimento da Reforma Sanitária - movimento esse, pautado na justiça, na igualdade e nos direitos sociais. Vem caminhando, desde então, na conquista da participação social, visando promover a democracia participativa em sua gestão.

Assim sendo, a cidadania plena é um desafio atual, que está intimamente ligado à democracia. O controle social se mostra como exemplo dessa tentativa de estender a cidadania, por meio da democracia, à todas as pessoas.

As disputas de posições políticas, descritas nos relatos que seguiram, são reflexos oportunos do processo de participação democrática. Sobretudo quando pleiteiam decisões que visam o coletivo. Inaceitável são as disputas por interesses individuais que ferem o processo democrático.

Portanto, a capacidade de participação de forma efetiva no controle social, não pode ser vista fora do complexo contexto social, e assim, propõe-se a reflexão dos próximos capítulos.

## CAPÍTULO II

### Democracia e Cidadania: Individualismo e Poder

Neste segundo capítulo propomos um estudo reflexivo, visando compreender a proposta do controle social através do estudo sobre cidadania e democracia, individualismo e poder.

Quando pensamos em democracia logo emergem os conceitos de liberdade e igualdade. Sendo esses conceitos determinantes da forma de democracia, podemos pensar que a democracia se dá no equilíbrio entre as liberdades individuais - confrontadas aos direitos coletivos - e a igualdade entre cidadãos. No desenvolvimento desse estudo percebemos que as noções propostas não estão desassociadas das noções de individualismo e poder para o bom entendimento das esferas pública e privada. Portanto, recorreremos a autores que nos auxiliem nesse entendimento.

Com o auxílio de Dumont (1985 e 1992/2008), apresentaremos o individualismo nas sociedades modernas. Para Dumont (1985) a noção de indivíduo é o valor fundamental da nossa cultura. Defende que as civilizações se distinguem por seu modo singular de concepção do indivíduo, bem como, suas ideias e valores - em relação à sociedade. Classifica então, o holismo nas sociedades tradicionais e o individualismo nas sociedades modernas. Em Dumont (1992/2008) estamos trazendo explanações sobre a hierarquia para nos ajudar a pensar sobre a ideologia igualitária dos tempos modernos.

Em Valter Benjamin (1986) em um texto intitulado, “ Crítica da violência - crítica do poder”, nos auxiliaremos nos conceitos de direito e de justiça. Conforme

enunciado no título, esse autor faz uma crítica da violência/poder, a partir dos conceitos de direito e justiça, problematizando a questão do poder.

Passamos ao corpo do capítulo que será apresentado em quatro subtítulos: “A Cidadania em Marshall”; “A democracia em Bobbio”; “Individualismo em Dumont” e “O poder na ótica de Valter Benjamin”.

### A Cidadania em Marshall

Optamos pelo terceiro capítulo da obra de Theodore H. Marshall (1967) intitulado, “Cidadania e classe social - *in* Cidadania, classes sociais e status” - por ser essa considerada um marco no estudo da cidadania. Tema esse, que despertou o interesse do autor, em razão de acreditar no impacto que a cidadania pode ter sob a estrutura da desigualdade social, vendo na cidadania uma possibilidade de regular e equilibrar a sociedade, através da redistribuição de direitos. A Inglaterra de meados do século XX é o referencial de análise do autor. Apesar do contexto histórico, econômico, político e social britânico ser diferente do que era vivido em outros países, especificamente o Brasil, a referida obra nos servirá como ponto de partida para análise da construção da cidadania no Brasil.

“Cidadania e classe social”, foi apresentado por Theodore Marshall em uma Conferencia em Cambridge, em 1949 - dedicada a Alfred Marshall, que em um ensaio de 1873 examinou o problema da igualdade social sob o ângulo da economia. Demonstrando um pensamento inclinado para o social, proferia: “[...] quando dizemos que um homem pertence às classes trabalhadoras, ‘pensamos no efeito que êle produz em seu trabalho’” (Alfred Marshall, apud, Marshall, 1967, p. 61, ano). Para esse autor

seria aceitável um certo grau de desigualdade econômica, porém condenável a desigualdade qualitativa que obstacularizasse ao homem tornar-se um “cavalheiro”. Theodore Marshall sugere que esse “ser um cavalheiro”, equivaleria a ser um homem civilizado, acreditando que A. Marshall não identificou a vida de um cavalheiro com o status de cidadania, para não expressar seu ideal em termos de direitos legais aos quais todos os homens tem direito, implicando assim, interferência do Estado sob responsabilidade de conceder direitos, ideia essa, inaceitável para A. Marshall por ferir seus ideais capitalistas. Ao referir-se somente às obrigações e não aos direitos da cidadania, defendia um modo de viver que brotasse de dentro de cada indivíduo e não como algo imposto a ele de fora. Reconhecia somente o direito das crianças de serem educadas, como o único caso em que aprovara o uso de poderes coercivos pelo Estado para atingir seu objetivo. Para A. Marshall não havia inconsistência das desigualdades entre os diferentes níveis econômicos da sociedade, justificando que a desigualdade do sistema de classes sociais poderia ser aceitável, se a igualdade de cidadania fosse reconhecida.

Contudo, Theodore Marshall via a desigualdade social incompatível com a cidadania. “A tendência moderna em direção da igualdade social é, acredito, a mais recente fase de uma evolução da cidadania que vem ocorrendo nestes 250 anos” (Marshall, 1967, p.63). Marshall situa então o conceito de cidadania a partir de três elementos: elemento civil, político e social.

O direito civil, surgido no séculos XVIII se relacionava com a “liberdade de ir e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé, direito à propriedade e de concluir contratos válidos e o direito à justiça”.

O direito político, surgido no século XIX, era entendido como “direito de participar no exercício do poder político, como um membro de um organismo investido da autoridade política ou como um eleitor dos membros de tal organismo”. Se faz importante salientar que não havia uma igualdade política de fato, visto que a diferença de classes suprimia o livre exercício ao direito de voto, uma vez que as classes inferiores eram intimidadas pelas superiores. Um dos principais feitos do poder político no século XIX foi a abertura do caminho para o desenvolvimento do sindicalismo, ao tornar os trabalhadores capazes de se valerem de seus direitos civis coletivamente, pois, até então, os direitos políticos eram usados para a ação coletiva através do Parlamento e conselhos locais, enquanto os direitos civis eram extremamente individuais, seguindo os primórdios do capitalismo (Marshall, 1967, p. 103). Esses fatos foram abrindo caminho para o estabelecimento dos direitos sociais.

O direito social, concebido século XX, se refere a “tudo o que vai desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade” (Marshall, 1967, p.70). O sistema educacional e os serviços sociais, seriam as instituições mais ligadas ao direito social.

Marshall (1967) salienta o considerável entrelaçamento que ocorreu entre os direitos políticos e sociais, em que a participação nas comunidades locais e associações funcionais constituíram a fonte original dos direitos sociais. Fonte essa que foi complementada e progressivamente substituída pela *Poor Law* [Lei dos Pobres] e um sistema de regulamentação de salários, que foram concebidos num plano nacional e administrados pelos poderes locais. Os direitos sociais mínimos que restaram foram desligados do status de cidadania, pois a *Poor Law* não reconhecia as reivindicações dos

pobres como uma parte integrante de seus direitos de cidadão, mas como uma alternativa deles, sendo atendidos somente se deixassem de ser cidadãos, ideia essa que permaneceu até 1918.

Para Marshall (1967) a cidadania levaria à igualdade, já a classe social seria um sistema de desigualdade. Para o autor, esses dois sistemas estariam frequentemente em conflito com o desenvolvimento do capitalismo, citando o exemplo da educação, pois por intermédio dessa, em suas relações com a estrutura ocupacional, a cidadania operaria como um instrumento de estratificação social, “[...] o status adquirido por meio da educação acompanha o indivíduo por toda a vida como um rotulo de legitimidade, porque foi conferido por uma instituição destinada a dar aos cidadãos seus justos direitos”. (Marshall, 1967, p.102)

Marshall (1967) entendia que a desigualdade social tornava-se tolerável, numa sociedade fundamentalmente igualitária desde que não fossem dinâmicas, explicando que tais desigualdades não poderiam criar incentivos originados de sentimentos de descontentamento, indagando-se sobre o efeito de três fatores combinados:

Primeiro, a compressão, em ambos os extremos, da escala de distribuição de renda. Segundo, a grande extensão da área de cultura comum e experiência comum. E, terceiro, o enriquecimento do status universal da cidadania, combinado com o reconhecimento e a estabilização de certas diferenças de status principalmente através dos sistemas relacionados de educação e ocupação. Os dois primeiros tornam o terceiro possível. As diferenças de status podem receber a chancela da legitimidade em termos de cidadania democrática, desde



que não sejam muito profundas, mas ocorram numa população unida numa civilização única; e desde que não sejam uma expressão de privilegio hereditário (Marshall, 1967, p. 108).

Enfim, para Marshall (1967) o enriquecimento do status da cidadania, dificultaria a preservação de desigualdades econômicas, embora não acreditasse ser possível uma igualdade absoluta, visto as limitações que o sistema econômico e a própria cidadania oferecem à igualdade social, pois na cidadania visa-se a justiça social, enquanto no sistema econômico visa-se a justiça social combinada com a necessidade econômica.

Quando um conselho de saúde é visto apenas como um instrumento de repasse de informações sobre a situação de saúde no município, para cumprir a exigência legal para a homologação de decisões já definidas pela Secretaria Municipal de Saúde, como visto nos relatos aqui expostos, podemos pensar que esse está mais a serviço do sistema econômico que propriamente da cidadania. Corroborando com essa percepção outros relatos apontaram a utilização do voto como moeda de troca em que os prestadores de serviços se favorecem nos contratos com o município.

#### A Democracia em Bobbio

Para refletir sobre a democracia, nada mais atual nos dias de hoje que indagações sobre o futuro da democracia. Pois Bobbio já em 1986 levantava a questão desse por vir, alertando para a defesa das regras do jogo da democracia, destacando o respeito às normas e às instituições da democracia como primeiro e mais importante

passo para o progresso democrático de uma sociedade. Premissa essa, que nos remeterá, à diante, à situação brasileira, em que as “regras do jogo” são inundadas de corporativismo, fisiologismos, e há muito desrespeitadas como está sendo explanado ao longo destes escritos.

Bobbio (1986) fez uma análise dos regimes democráticos e das transformações da democracia, e ao fazê-la, trouxe a idéia de que ao serem postos em prática, os ideais democráticos se traduzem em “promessas não cumpridas” (Bobbio, 1986, p.8). Aponta ainda, algumas incoerências e dificuldades existentes entre a democracia ideal e a democracia real, que se equilibra entre oligarquias e o poder invisível. Sustenta que um regime democrático precisa estar em transformação, destacando que se a democracia é dinâmica, ao seu contrário o despotismo é estático, sempre igual a si mesmo. Sendo assim, considera que das promessas da democracia, algumas não foram cumpridas, por serem ilusões que não teriam como ser objetivamente cumpridas, outras além de promessas, eram esperanças mal respondidas e ainda outras, enfrentaram obstáculos imprevistos. Das promessas não cumpridas, em que cita - “a sobrevivência do poder invisível, a permanência das oligarquias, a supressão dos corpos intermediários, a revanche da representação dos interesses, a participação interrompida, o cidadão não educado” (Bobbio, 1986, p.8), afirma que quase todas elas podem ser vistas como adaptações dos princípios abstratos à realidade, excetuando-se uma: a sobrevivência de um poder invisível ao lado de um poder visível, reafirmando que a democracia pode existir e ser definida de várias formas, desde que haja visibilidade e transparência do poder. Para o autor “enquanto a presença de um poder invisível corrompe a democracia, a existência de grupos de poder que se sucedem mediante eleições livres permanece”,

prossequindo, afirma ser essa “a única forma na qual a democracia encontrou sua concreta atuação” (Bobbio, 1986, p.8).

Em uma definição considerada por Bobbio procedimental, ou definição mínima de democracia, traz que: “inicialmente se entende por regime democrático um conjunto de regras de procedimentos para a tomada de decisões coletivas, em que está prevista e facilitada a mais ampla participação possível dos interessados” (Bobbio, 1986, p.9). Situa sua definição mais próxima da realidade da democracia representativa e mais distante da democracia direta - representada pelo *referendum* - que coloca os problemas sob a forma de exclusão em que se é forçado a escolher entre duas alternativas, ao que, para o autor acaba por criar obstáculos, pois o *referendum*, se faz mais adequado para dirimir controvérsias sobre princípios, que para a resolução de conflitos de interesse.

Ao mencionar o conjunto de regras [leis] necessárias para decisões coletivas, alude que direito e poder são duas faces de uma mesma moeda, em que “só o poder pode criar o direito e só o direito pode limitar o poder” (Bobbio, 1986, p.10). De um lado da moeda estaria o estado despótico, defendido por aqueles que se colocam sob o ponto de vista do poder, e do outro lado, o estado democrático, defendido por aqueles que se colocam sob o ponto de vista do direito.

Para Bobbio (1986) a doutrina democrática repousa sobre uma concepção individualista da sociedade. Mesmo reconhecendo o homem como um ser social que não pode viver isolado, em suas relações com a sociedade, o indivíduo se reúne a outros, semelhantes a ele, dando origem a uma sociedade de livres indivíduos.

Aparando as arestas de sua definição mínima de democracia, Bobbio (1986) considera então, que a democracia se caracteriza por um conjunto de regras que

estabelecem quem está autorizado a tomar decisões coletivas e com quais procedimentos o farão. Obedecidas as regras, se faz imprescindível o direito ao voto, acrescentando como uma terceira condição, a segurança de direitos e garantias individuais aos votantes.

Como fora dito antes, Bobbio (1986) examinou o contraste existente entre os ideais democráticos e a democracia real, denominando-o de promessas não cumpridas, ao qual dessas, indica seis. A saber, o nascimento da sociedade pluralista, a revanche dos interesses, a persistência das oligarquias, o espaço limitado, o poder invisível e a educação para a cidadania.

Começando pela explanação do nascimento da sociedade pluralista, aponta que a democracia nasceu de uma concepção individualista da sociedade, em que qualquer forma de sociedade seria um produto da vontade dos indivíduos [soberanos], da primazia e liberdade de escolha do indivíduo perante o grupo. Alude que o que aconteceu de fato nos estados democráticos, foi o oposto, pois os indivíduos foram formando associações, sindicatos, partidos, extinguindo-se o povo como unidade ideal, apresentando-se de fato, como grupos contrapostos e concorrentes. Diz Bobbio: “O modelo do estado democrático fundado na soberania popular, idealizado à imagem e semelhança da soberania do príncipe, era o modelo de uma sociedade monística. A sociedade real, sotoposta aos governos democráticos, é pluralista” (Bobbio, 1986, p. 18).

Posta essa primeira transformação, no sentido de distribuição do poder, emerge a segunda transformação relativa à representação.

Na democracia direta [dos antigos] as decisões eram tomadas diretamente pelos cidadãos, sem intermediações. Na democracia moderna temos representação política, de

forma que o representante exerce os interesses da nação, com mandato livre. Bobbio (1986) explica que na democracia ideal, o representante, uma vez eleito, seria o representante da nação e não mais representante dos eleitores que o elegeram, pois ao contrário disso, estaria o eleito representando interesses particulares do representado.

Para Bobbio (1986) o que ocorre na realidade é que a sociedade é composta de grupos relativamente autônomos que lutam pela sua supremacia, fazendo valer seus próprios interesses contra os outros grupos, tornando-se difícil a distinção entre o interesse geral e o interesse particular deste ou daquele grupo. Ao que equivaleria a dizer que representantes de interesses particulares são representantes de mandatos imperativos. Para o autor, a revanche dos interesses, segunda promessa não cumprida da democracia ideal, se caracteriza por esses grupos que contrapostos ou concorrentes protagonizam a vida política, buscando a prevalência de seus interesses frente a outros grupos, dificultando a representação política livre.

Essa realidade é trazida na prática do controle social que é composto por grupos que representam interesses particulares de seus representados, muitas vezes fazendo valer seus interesses frente a outros grupos, por suas especificidades técnicas que acabam sobressaindo perante estes outros.

A derrota do poder oligárquico é apresentada como a terceira promessa não cumprida. Bobbio apresenta que “a democracia representativa, que é a única forma de democracia existente e em funcionamento, é já por si mesma uma renúncia ao princípio da liberdade como autonomia” (Bobbio, 1986, p.20), explicando que o representado sempre cede parte de sua liberdade e autonomia de decisões ao representante. O contrário disso, seria o excesso de representação, em que cada cidadão fosse chamado a decidir e votar cada e toda lei, que para o autor, por mais contraditório que pareça, não

levaria a uma maior participação política da sociedade, e sim a uma apatia eleitoral. Para ele não há ameaça maior à democracia que o excesso de democracia. Resultado disso, a dominação do poder fica nas mãos de pequenos grupos ou oligarquias, fundamentando a promessa não cumprida da permanência de grupos no poder.

Além de não conseguir derrotar o poder oligárquico, Bobbio (1986) nos mostra que a democracia é menos capaz ainda de ocupar todos os espaços nos quais se exerce um poder que toma decisões vinculadas a um grupo social. Para ele entra em jogo nesse ponto, não mais a distinção entre poder de poucos e de muitos e sim entre poder ascendente e descendente, ou ainda, podendo-se acentuar mais a inconseqüência que a irrealização dos processos democráticos. Aponta que a democracia moderna nasceu como método de legitimação e controle de decisões políticas, entendidas como decisões do governo nacional ou local, no qual o indivíduo é visto como cidadão, no sentido geral do termo, e não na multiplicidade de seus papéis específicos, de trabalhador, estudante, consumidor, entre outros, acrescentamos de usuário do SUS.

Defende que após a conquista do sufrágio universal, o processo democrático deveria voltar-se na passagem da democracia política para a democracia social, ou seja, perguntando-se não sobre quem vota, se houve aumento do número dos que tem direito de participar das decisões que lhe dizem respeito, e sim onde se vota, ou seja, se aumentaram os espaços nos quais se pode exercer esse direito. Resguarda que no processo de democratização a extensão do poder deve ser ascendente, se dando com a ocupação de novos espaços sociais de tomadas de decisões democráticas em detrimento às formas de dominação hierárquicas.

O controle social é exemplo deste poder ascendente, ocupa novos espaços sociais visando tomadas de decisões democráticas, porém ainda é envolto ao poder invisível sob as formas de dominações hierárquicas.

Como quinta promessa não cumprida pela democracia real em contraste com a democracia ideal Bobbio (1996) destaca a eliminação do poder invisível. Para ele ao lado do poder visível existe sempre um poder oculto - invisível. Sendo que a democracia tem a perspectiva de eliminar esse poder invisível, priorizando que as ações de governos sejam desenvolvidas publicamente e com transparência, a não eliminação de um poder invisível torna-se uma das promessas não cumpridas da democracia ideal.

Por último a sexta promessa não cumprida refere-se à educação para a cidadania. Bobbio (1986) sustenta a importância desta para que se coloque em prática a cidadania ativa, assim sendo “a educação para a democracia surgiria no próprio exercício da prática democrática” (Bobbio, 1986, p.24).

Conclui que as promessas não cumpridas, aqui elencadas, não poderiam ser cumpridas, visto que, o projeto político democrático, para qual essas foram idealizadas, pensava em uma sociedade menos complexa, e que as transformações da sociedade civil, trouxeram obstáculos não previstos às promessas feitas, indicando três desses obstáculos.

O primeiro obstáculo seria a passagem da economia familiar para economia de mercado, e dessa para uma economia regulada, aumentando os problemas políticos, exigindo competências técnicas para lidar com as questões que se apresentaram, como distribuição de renda, emprego, inflação, entre outros. Para Bobbio (1986) tecnocracia e democracia são contraditórias, pois a especificidade técnica, excluiria o cidadão

comum, fazendo com que somente os que tem conhecimento específico tenham poder de decisão.

Como segundo problema aponta o crescimento do aparato burocrático, de um poder ordenado hierarquicamente do vértice à base, opondo-se ao poder democrático que vai da base ao vértice. Para Bobbio (1986) existe uma equivalência entre essas formas de estado, supondo que todo estado ao se tornar mais democrático, paralelamente torna-se mais burocrático.

Como terceiro obstáculo aponta o tema do rendimento do sistema democrático como um todo, destacando a questão da “ingovernabilidade da democracia” (Bobbio, 1986, p.28'). Explica que as demandas da sociedade civil ao governo, tem tornado-se inesgotáveis. Que a proteção das liberdades civis, nas quais o cidadão pode se dirigir aos governantes para solicitar benefícios, ou distribuição de recursos, demandam de uma tal ordem que nenhum sistema político consegue responder satisfatoriamente, sendo obrigado a optar por uma decisão, e ao fazê-la exclui outras, criando sempre descontentamentos. Para Bobbio (1986) a democracia tem uma demanda fácil e uma resposta difícil.

Isso posto, pode parecer que Bobbio (1986) prevê o fracasso da democracia. Ao contrário disso, aponta o aumento progressivo dos regimes democráticos, acreditando que a democracia não corre perigo em sua totalidade. Para ele as promessas não cumpridas, tampouco os obstáculos não previstos não foram suficientes para transformar os regimes democráticos em regimes autocráticos, apontando que existem democracias mais e menos sólidas, mais e menos invulneráveis ou vulneráveis, com diferentes níveis de aproximação do ideal de democracia, mas mesmo assim, o modelo mais distante do ideal, não poderia ser confundido com um modelo autocrático. Conclui



citando o ideal de tolerância, o ideal da não violência, o livre debate de idéias e o ideal de irmandade [fraternidade], como essenciais para que se tenha cidadãos ativos. Bobbio (1986) vê a democracia frágil, vulnerável e corruptível (Bobbio, 1986 p.14), para ele, “a democracia não goza no mundo de ótima saúde, mas não está à beira do tórumulo” (Bobbio, 1986, p.5), acredita que a democracia sempre pode ser melhorada, para ele nem mesmo a premissa de que o voto é uma mercadoria que cede à melhor oferta, é capaz de confutar a democracia, pois para Bobbio, “democracia designa a forma de governo na qual o poder político é exercido pelo povo” (Bobbio, 1987, p. 135).

#### O Individualismo em Dumont

Com Dumont (1985 e 1992/2008), pensaremos sobre o individualismo nas sociedades modernas. Para Dumont (1985) a noção de indivíduo é o valor fundamental da nossa cultura. Defende que as civilizações se distinguem por seu modo singular de concepção do indivíduo, bem como, suas ideias e valores - em relação à sociedade. Classifica então, o holismo nas sociedades tradicionais e o individualismo nas sociedades modernas. Em Dumont (1992/2008) estamos trazendo explicações sobre a hierarquia para nos ajudar a pensar sobre a ideologia igualitária dos tempos modernos.

Dumont (1985, 1992/2008) diferencia as sociedades holistas e as sociedades individualistas em busca de compreender a ideologia do individualismo. Se faz importante esclarecer que Dumont (1992/2008) postula ideologia como um conjunto social de ideias e valores, aprendidos desde a infância, que influenciarão nas ações do homem. Equivalente a dizer que o homem reproduz aspectos e normas vigentes em uma

sociedade tornando-se parte de uma totalidade. Dito ainda de outra forma, para Dumont (1985, 2008) a visão individualista do homem é permeada por categorias impostas pela sociedade. Dito isso, voltamos ao entendimento Dumontiano sobre a sociedades holista - em que o todo social prevalece sobre as partes - as necessidades e as aspirações são individuais - e a hierarquia é um princípio básico da vida social; versus a sociedade individualista - em que o indivíduo é o centro do universo social.

Para entender a ideologia individualista Dumont estudou o sistema de castas da Índia enfatizando a hierarquia como princípio organizador dessa sociedade. A partir desta, buscou o entendimento da hierarquia na sociedade moderna ocidental.

No sistema de castas cada homem ocupa um lugar definido hierarquicamente, em consonância com os objetivos do todo social, contribuindo para a organização da sociedade holista. Nesse sistema a ênfase é do todo sobre a unidade.

Nas sociedades tradicionais, o acento incide sobre a sociedade em seu conjunto, como Homem coletivo, o ideal define-se pela organização da sociedade em vista de seus fins ( e não em vista da felicidade individual); trata-se, antes de tudo, de ordem, de hierarquia, cada homem particular deve contribuir em seu lugar para a ordem global, e a justiça consiste em proporcionar as funções sociais com relação ao conjunto. (Dumont, 1992/2008, p.57)

Importante salientar que Dumont define a hierarquia do sistema de castas como “um princípio de gradação dos elementos de um conjunto em relação ao conjunto” (Dumont, 1992/2008, p.118), diferenciando-a da hierarquia presente na época

moderna, que para ele tornou-se “estratificação social”, dizendo que esse tipo de hierarquia difere-se por ser “envergonhada, não consciente, reprimida”. Também afirma a hierarquia como “uma necessidade universal” explicando que essa se manifestará sob formas “ocultas, vergonhosas, patológicas com relação aos ideais opostos em vigor” (Dumont, 1992/2008, p.299) .

De outro lado temos os valores de liberdade e igualdade como valores modernos que se contrapõem à hierarquia. Indivíduos autônomos formam a sociedade, a unidade é a referência, as necessidades individuais prevalecem ao social. Aqui é valorizado a unidade em detrimento do todo. Para Dumont (1992/2008) os valores de igualdade e liberdade tem como princípio a ideia do indivíduo humano: “a humanidade é constituída de homens, e cada um desses homens é concebido como apresentando, apesar de sua particularidade e fora dela, a essência da humanidade” (Dumont, 1992/2008, p.52), complementa que os direitos dos indivíduos só são limitados pelos direitos idênticos dos outros indivíduos. Como se cada indivíduo representasse uma mônada, e existissem um conjunto de mônadas que se “associassem” entre si. Dumont (1992/2008) traz essa noção de indivíduo como algo que pode ser ideal, mas não real. A sociedade surgiria para esse indivíduo, como um oposto à realidade psicológica e moral dele. A ideologia moderna seria um ideal moral e político - ingenuamente, uma expressão adequada a vida social. Existe uma unidade, uma experiência individual e única, mas essa é feita de elementos comuns, “[...] a percepção de nós mesmos como indivíduos não é inata, mas aprendida. Em ultima análise, ela nos é prescrita, imposta pela sociedade em que vivemos. Como Durkheim disse aproximadamente, nossa sociedade nos prescreve a obrigação de sermos livres” (Dumont, 1992/2008, 56).

Em oposição à estas, nas sociedades tradicionais, que ignoram a igualdade e a liberdade como valores, que ignoram o indivíduo, têm-se uma ideia coletiva do homem, então, para Dumont a apercepção sociológica do homem, enquanto homem social, é o único elo que nos une a essas sociedades, o único viés pelo qual podemos compreendê-las. (Dumont, 1992/2008, p.56) Considerando-se que essa apercepção sociológica se opõe à visão individualista do homem, para Dumont (1992/2008) “uma sociedade tal como foi concebida pelo individualismo nunca existiu em parte alguma, pois o indivíduo vive de ideias sociais” (Dumont, 1992/2008, p.58). Conclui que “o indivíduo do tipo moderno não se opõe à sociedade do tipo hierárquico como a parte ao todo [...], mas como seu igual ou seu homólogo, um e outro correspondem à essência do homem (Dumont, 1992/2008, p.58). Acrescenta que o traço moderno que se opõe mais imediatamente ao sistema de castas é a igualdade. Os ideais de liberdade e igualdade se impõem a partir da concepção do homem como indivíduo. “Com efeito, se se supõe que toda humanidade está presente em cada homem, então cada homem deve ser livre e todos os homens são iguais” (Dumont, 1992/2008, p. 57). A questão que se coloca é que na realidade a liberdade é limitada e a igualdade é posta em questão. O indivíduo no sentido pleno do termo é um valor, “ou antes, ele faz parte de uma configuração de valores *sui generis*” (Dumont, 1992/2008, p.57).

#### O poder na ótica de Walter Benjamin

Optamos pelo texto “Crítica da violência - Crítica do Poder” de Walter Benjamin (1986), em que o autor discorre a partir da ambiguidade e do sentido do termo “Gewalt”, que pode significar ao mesmo tempo “violência” e “poder”. Na primeira nota

de rodapé [NT] o tradutor esclarece o uso do símbolo asterisco [\*] nas palavras violência e poder, quando entende as duas acepções como possíveis.

No texto Benjamin (1986) busca um critério para justificar o uso da violência, se seria justo ou não, ou ainda, em que se justificaria seu uso. Encontra esse critério, nas relações entre violência, poder, direito e justiça: “A tarefa de uma crítica da violência\* pode ser definida como a apresentação de suas relações com o direito e a justiça” (Benjamin, 1986, p.160), sendo assim, a crítica se inclina a uma crítica do direito, revelando-se em outra dimensão. Só se transforma em violência aquilo que interfere em relações éticas, continua Benjamin (1986), acrescentando que a esfera de tais relações éticas é designada pelos conceitos de direito e de justiça, e que em ambos encontramos o critério da crítica. No direito “[...] a relação elementar de toda ordem jurídica é a de meios e fins. A violência, inicialmente só pode ser procurada na esfera dos meios e não na dos fins” (Benjamin, 1986, p.160). Sendo a violência um meio, seu critério de crítica seria o questionamento de que, se em determinados casos justificaria-se seu uso para fins justos ou injustos, sua crítica ficaria subentendida em um conjunto de fins justos, ou seja, a violência não seria um princípio, justificaria-se a violência desde que essa fosse motivada por um fim justo, justificando-se não como princípio, mas tão somente quando fosse usada. Outro questionamento emerge a partir deste ponto, “[...] se a violência em si, como princípio, é moral, mesmo como meio para fins justos” (Benjamin, 1986, p.160). Entende que a resposta para essa questão está no uso de um critério mais exato, “[...] uma distinção na esfera dos próprios meios, sem levar em consideração os fins a que servem” (Benjamin, 1986, p.160). Decidido a examinar a violência dentro da esfera dos meios, desconsiderando por hora, “os fins”, passa a apresentar uma das correntes da filosofia do direito - o direito natural.

No direito natural, meios violentos são justificáveis por fins justos, "[...] a violência é um produto da natureza, por assim dizer, uma matéria-prima usada sem problemas, desde que não haja abuso da violência\* para fins injustos" (Benjamin, 1986, p.160). Explica que de acordo com a teoria política desse direito, as pessoas abrem mão de seu poder em prol do Estado, pressupondo-se que o indivíduo exercia antes um poder de fato. Sendo assim, "[...] todo poder\* adequado só a fins naturais é, por isso mesmo, também legítimo" (Benjamin, 1986, p.161).

Em oposição à tese do direito natural, apresenta a concepção de outra corrente da filosofia do direito - o direito positivo - que considera o poder como algo que se criou historicamente. Analisando assim a premissa de que se o direito natural avalia o direito pela crítica de seus fins, da mesma forma, o direito positivo pode avaliar o direito pela crítica de seus meios, complementa dizendo que sendo a justiça o critério dos fins, a legalidade se faz critério dos meios. Assim sendo, ambas as correntes estão de acordo com o dogma, de que: "fins justos podem ser obtidos por meios justos, meios justos podem ser empregados para fins justos. O direito natural visa, pela justiça dos fins, 'legitimar' os meios, o direito positivo visa 'garantir' a justiça dos fins pela legitimidade dos meios" (Benjamin, 1986, p.161). Passa a partir daí buscar uma perspectiva fora do direito positivo e também do direito natural. Benjamin adianta que essa perspectiva poderá ser encontrada no estudo do direito dentro da filosofia da história. Discorre sobre a dificuldade de distinção entre poder legítimo e ilegítimo, recusando as explicações de que tal distinção daria sentido à distinção de violência para fins justos ou injustos. Contraria tal premissa, afirmando que "o direito positivo exige de qualquer poder\* uma explicação sobre sua origem histórica, a qual, sob certas condições, recebe sua legitimação, sua sanção" (Benjamin, 1986, p.162). Sendo assim, os fins que carecem de

reconhecimento histórico podem ser chamados de fins naturais, os demais, fins jurídicos.

Afirma que “[...] o interesse do direito em monopolizar o poder diante do indivíduo não se explica pela intenção de garantir os fins jurídicos, mas de garantir o próprio direito” (Benjamin, 1986, p.162), explicando que o poder quando não está nas mãos do direito, o ameaça, não pelos fins que possa almejar, mas pela simples existência fora da alçada deste.

Benjamin (1986) cita o caso das “lutas de classe na forma do direito garantido de greve dos operários”, explicando que a “omissão de ação”, esse “não-agir” que vem a ser a greve, por não ter sido considerado como violência, provavelmente tenha levado o Estado à concessão desse direito [de greve], quando não mais poderia-se evitá-la. Quando essa omissão é usada sob forma de chantagem de voltar a exercer tal ação omitida mediante algumas condições que não tem a ver com ela, segundo a concepção do proletariado, oposta à do Estado, dá-se o sentido de que “[...] o direito de greve é o direito de usar a violência\* para alcançar determinados objetivos”. (Benjamin, 1986, p. 163)

Compara que as mesmas contradições objetivas vistas no direito de greve, se dão no direito de guerra, ou seja, o fato de que “sujeitos jurídicos sancionam violências\* cujos fins permanecem fins naturais para os autores da ação, e que por isso na hora H, podem entrar em conflito com seus próprios fins jurídicos ou naturais”. Chama a atenção para a necessidade do ritual de paz que se faz indispensável no pós guerra, independente do resultado dessa, “portanto, se a violência\* da guerra enquanto primitiva e arquetípica pode servir de modelo para qualquer violência\* para fins

naturais, a toda violência\* desse tipo é inerente um caráter legislador” (Benjamin, 1986, p.164), criando-se assim um novo direito.

Explica o militarismo como “a compulsão para o uso generalizado da violência como um meio para os fins do Estado” (Benjamin, 1986, p.164), que só se faz possível porque o serviço militar é obrigatório. A compulsão é explicada pelo uso da violência para fins jurídicos, pois a subordinação dos cidadãos às leis [serviço militar obrigatório] se faz um fim jurídico. “Se a primeira função da violência passa a ser a instituição do direito, sua segunda função pode ser chamada de manutenção do direito” (Benjamin, 1986, p.164)

Outro exemplo citado por Benjamin (1986) é o da “Instituição Polícia”, um poder\* a serviço de fins jurídicos, que ao mesmo tempo se autoriza [ela mesma] a instituir estes fins [jurídicos].

A infâmia dessa instituição [...] consiste em que ali se encontra suspensa a separação entre poder\* instituinte e poder\* mantenedor do direito. Do primeiro se exige a legitimação pela vitória, do segundo, a restrição de não se proporem novos fins. O poder\* da polícia se amancipou dessas duas condições. [...] por ‘questões de segurança’, a polícia intervém em inúmeros casos, em que não existe situação jurídica definida [...] (Benjamin, 1986, p.166).

Benjamin (1986) afirma que todo poder enquanto meio é instituinte ou mantenedor de direito. Acredita que há solução não violenta de conflitos, creditando às relações particulares o encontro de exemplos que justifiquem sua afirmativa. “Aos



meios legítimos e ilegítimos de toda espécie - que são, todos, expressão da violência\* - podem ser confrontados com os meios puros ou não-violentos” (Benjamin, 1986, p. 168), colocando a esfera do entendimento humano através da linguagem, como ponto totalmente inacessível à violência.

A partir deste ponto do texto, Benjamin (1986) trará postulações sobre o poder mítico e o poder divino, que não abordaremos por hora.

## CAPÍTULO III

### O caso brasileiro

No Brasil, no ano de 2015, completaram-se trinta anos do fim da ditadura. Em sua jovialidade a democracia brasileira ainda não é considerada uma democracia plena. Dados de uma pesquisa de avaliação sobre a democracia, da sexta edição, do Economist Intelligence Unit's Democracy index (EIU) - 2013 - colocaram o Brasil no 'limbo', referindo-se que não houve progresso nem regressão, em relação às mesmas avaliações anteriores. A avaliação feita por esse instituto baseia-se em cinco categorias: processo eleitoral e pluralismo; liberdades civis; funcionamento do governo; participação política; e cultura política. A partir dessas, os países são classificados dentro de um dos quatro tipos de regimes: democracias plenas, democracias imperfeitas, regimes híbridos e regimes autoritários. O Brasil foi classificado como democracia imperfeita, em 44º lugar, com pontuação geral de 7.12, seguidos da pontuação de 9.58 - em processo eleitoral; 7.50 - em funcionamento do governo; 5.0 - em cultura política; 4.38 - em participação política; e 9.12 - em liberdades civis. A nível de curiosidade, destacamos o primeiro classificado, a Noruega - classificada como democracia plena - com pontuação geral de 9.93; em que teve a pontuação de 9.64 - em funcionamento do governo, seguidos da pontuação 10.0 - nos demais itens avaliados. E ainda, destacamos um vizinho brasileiro, o Uruguai - também classificado como democracia plena, em 17º lugar - com pontuação geral de 8.17; seguidos de 10.0 - no processo eleitoral; 8.93 - no funcionamento do governo; 4.44 - em cultura política; 7.50 - em participação política; e

10.0 - em liberdades civis. Não deixamos de considerar que Noruega e Uruguai são países pequenos, ao que torna mais fáceis as ações.

Podemos ver que se o processo eleitoral é condição necessária para a democracia, não é condição suficiente para que a democracia seja consolidada e reconhecida como plena, esclarecendo aqui que não temos, e talvez a maioria dos brasileiros também não tenham, a pretensão de chegar a uma democracia plena ou ideal. O que queremos salientar é que um governo transparente e minimamente eficiente, a participação política adequada e uma cultura política que dê suporte ao processo democrático, se fazem condições para que a democracia seja sustentada e preservada. Na cultura política brasileira a democracia ainda apresenta marcas da ditadura que a antecedeu. Um exemplo, é a truculência da polícia militar brasileira, que geralmente age com excessos, principalmente em contenções. Também carrega entre outros, o formalismo e favoritismo, apontados nos relatos. Provavelmente, fatos que influenciam na caracterização de democracia imperfeita. É oportuna a leitura de que o Brasil é um país que respeita [ou respeitava] a liberdade civil, que tem [ou tinha] um processo eleitoral eficiente, um bom governo [em 2013], mas ainda engatinha em termos de cultura política e participação política.

Devemos também esclarecer que ao mencionar essa pesquisa não tivemos a pretensão de comparar a democracia brasileira com a democracia norueguesa, para tanto mencionamos os dados do Uruguai que parece-nos ter uma realidade de democracia mais próxima à brasileira. Como dito por Sartori (1994): “as democracias são consideradas como tais pela comparação entre seus ideais e sua prática e com base no fato de a prescrição se traduzir ou não de maneira condizente com a realidade [...] os

fatos devem ser comparados aos fatos, assim como os ideais aos ideais [...]” (Sartori (1994, p.284, 285).

Esses dados do EIU juntam-se às aspirações despertadas nos capítulos anteriores, se fazendo importante uma breve volta ao passado para refletir sobre a história da democracia brasileira.

### O *ethos* brasileiro sob a tríade Buarque, Pardo Jr. e Freyre

Optamos pela tríade Sergio Buarque de Holanda, Caio Pardo Jr. e Gilberto Freyre por ser essa, considerada por muitos, a tríade formadora do Brasil moderno e contemporâneo, ou ainda, considerada base da historiografia nacional. Reconhecemos porém sua insuficiência em desconsiderar outros autores importantes da época, porém, por hora nos servirá como reflexão da realidade brasileira.

Começando por Buarque (1936/2014) podemos pensar a “cordialidade” do “homem cordial” em nossa sociedade, permeando a separação entre o público e o privado. Diz ele que “o Estado não é uma ampliação do círculo familiar e, ainda menos, uma integração de certos agrupamentos, de certas vontades particularistas, de que a família é o melhor exemplo” (Buarque, 1936/2014, p.169), enfatizando que o indivíduo se arma com a máscara da cordialidade para assim conseguir “manter sua supremacia ante o social” (Buarque, 1936/2014, p.177). Explica que essa cordialidade que se forma nas relações familiares, se estende ao domínio público, revertendo a lógica do interesse público ao interesse pessoal e familiar. Para Buarque (1936/2014) as raízes familiares no Brasil, foram decisivas para o comprometimento da ordem pública, explicando que os agentes públicos, no exercício de seus cargos, tomam os populares como se fossem

parte de seus círculo familiar e de amizade. Para ele “as relações que se criam na vida doméstica, sempre forneceram o modelo obrigatório de qualquer composição social entre nós” (Buarque, 1936/2014, p.176).

Buarque (1936/2014) descreve o “homem cordial” como “homem polido, hospitaleiro, generoso” - traços, que segundo o autor, definem o caráter brasileiro. O “homem cordial” prioriza as relações familiares em detrimento das relações impessoais. Está preso às relações domésticas, na esfera do íntimo, do familiar, do privado, tendo dificuldade ao assumir responsabilidades públicas e compreender a diferença entre o público e o privado (Buarque, 1936/2014, p. 176). Esclarece ainda que essa cordialidade não está posta, necessariamente, no sentido literal do termo, ao que nos leva à percepção de que o autor estaria referindo-se ao modo de ser do brasileiro, visível em sua descrição da dificuldade brasileira em cumprir ritos sociais que sejam rigidamente formais e não pessoais e afetivos e de separar, a partir de uma racionalização destes espaços, o público e o privado. Enfatiza que:

(...) só pela transgressão da ordem doméstica e familiar é que nasce o Estado e que o simples indivíduo se faz cidadão, contribuinte, eleitor, elegível, recrutável e responsável, ante as leis da Cidade. Há neste fato um triunfo do geral sobre o particular, do intelectual sobre o material, do abstrato sobre o corpóreo e não uma depuração sucessiva, uma espiritualização de formas mais naturais e rudimentares, uma procissão de hipóstases, pra falar como na filosofia alexandrina (Buarque, 1936/2014, p.169).

Partindo para o traço colonialista destacado por Prado Jr. (1942/2011) somos chamados à reflexão sobre o que somos em decorrência de um processo histórico e como podemos mudar a partir desse, através da questão central que é o sentido da colonização brasileira. Nos mostra que o real sentido da colonização brasileira sempre esteve a serviço de atender o mercado externo através do que se produzia no território brasileiro, ou seja, da exploração de recursos naturais, do braço escravo. Explica que esse sentido não é percebido nos pormenores de sua história, só é percebido observando-se o conjunto dos fatos e acontecimentos essenciais que constituíram a história de um povo num largo período de tempo. Afirma que ao observar este conjunto pode-se ver que ele se forma “de” e “em” uma “linha mestra ininterrupta de acontecimentos que se sucedem em ordem rigorosa, e dirigida sempre numa determinada orientação” (Prado Jr., 1942/2011, p.15). Em suas palavras:

Se vamos à essência da nossa formação veremos que na realidade nos constituímos para fornecer açúcar, tabaco, alguns outros gêneros; mais tarde ouro e diamantes; depois, algodão, e em seguida café, para o comércio europeu. Nada mais que isso. É com tal objetivo, objetivo exterior, voltado para fora do país e sem atenção e considerações que não fossem o interesse daquele comércio, que se organizarão a sociedade e a economia brasileiras. Tudo se disporá naquele sentido: a estrutura, bem como as atividades do país. Virá o branco europeu para especular, realizar um negócio; inverterá seus cabedais e recrutará a mão de obra de que precisa: indígenas ou negros importados. Com tais elementos, articulados numa organização puramente produtora,

industrial, se constituirá a colônia brasileira (Prado Jr., 1942/2011, p. 29)

Para Prado Jr. (1942/2011) a evolução da economia colonial para a nacional ainda não estava completa, tampouco estaria completa no terreno social, em que as relações de classe ainda conservam um cunho colonial. Considerava, referente ao sentido da colonização, que o Brasil nasceu no capitalismo, e que só se tornaria nação quando houvesse um mercado voltado para o interno, diminuindo assim a segregação que era alimentada pelo excesso de capital exterior.

Referindo-se ao patriarcalismo, diz ser este encontrado como “germe” nas instituições portuguesas e que encontraria terreno fértil para florescer no Brasil. Acrescenta que o “clã patriarcal” se apresenta de forma particular e é específico de nossa organização, brotando e se alimentando do regime econômico, “[...] deste grande domínio que absorve a maior parcela da produção e da riqueza coloniais” (Prado Jr., 1942/2011, p.305). Continua, dizendo que a população agrupa-se em torno do proprietário e sua família, “[...] uma parte por destino natural e inelutável, os escravos; a outra, pela atração que exerce o único centro existente, real e efetivo de poder e riqueza” (Prado Jr., 1942/2011, p.305).

Freyre (1933/2013) aponta a abolição da escravatura e a proclamação da República, no final do século XIX, como agravantes da crise do patriarcalismo, resultando no predomínio do público sobre o privado. Em “Casa Grande & Senzala”, Freyre (1933/2013) retrata a experiência privada das oligarquias nordestinas, apostando na convivência das raças, conferindo ao povo brasileiro uma identidade própria. Em sua obra traz como fundamental a diferença entre raça e cultura e hereditariedade de raça e

hereditariedade de família, dando ênfase aos efeitos de relações puramente genéticas, os efeitos de influências sociais, de herança cultural e do meio. Diz ele que “todo brasileiro, mesmo o alvo, de cabelo louro, traz na alma quando não na alma e no corpo, [...] a sombra, ou pelo menos a pinta, do indígena e/ou do negro” (Freyre, 1933/2013, p.367). Mencionando alguns "equilíbrios de antagonismos" existentes no Brasil, Freyre coloca que predominando entre todos os antagonismos "o mais geral e mais profundo" era "o senhor e o escravo" (Freyre, 1933/2013, p. 116).

Isso posto, o que se evidenciam são os opostos que se equilibram em acordos, como por exemplo, a inclusão e a exclusão traduzidas na imagem do senhor patriarcal e do bom escravo ou ainda, na violência e no sadismo velados na intimidade entre o escravo e o senhorio da casa grande, na menção de uma escravidão amena, demonstrado na passagem que segue:

Desde logo salientamos a doçura nas relações de senhores com escravos domésticos, talvez maior no Brasil do que em qualquer outra parte da América.

A casa-grande fazia subir da senzala para o serviço mais íntimo e delicado dos senhores uma série de indivíduos - amas de criar, mucamas, irmãos de criação dos meninos brancos. Indivíduos cujo lugar na família ficava sendo não o de escravos mas o de pessoas de casa. Espécie de parentes pobres nas famílias europeias. À mesa patriarcal das casas grandes sentavam-se como se fossem da família numerosos mulatinhos. Crias. Malungos. Moleques de estimação.



Alguns saiam de carro com os senhores, acompanhando-os aos passeios como se fossem filhos (Freyre, 1933/2013, p.435).

Aliás o fato de não ter dado ênfase aos conflitos de classe, acabou lhe custando o título de defensor dos patriarcas, os senhores de engenho. Em verdade Freyre (1933/2013) confere ao negro, em sua obra, uma certa igualdade perante o branco, colocando o negro no papel de civilizador. Ao contrário, o índio é mencionado pelo autor como tendo contribuído para a civilização brasileira com as índias e seus hábitos de higiene. Dito de outra forma, para esse autor o índio não contribuiu para o Brasil de maneira relevante, quem contribuiu foi a mulher índia. Diz ele, que no Brasil as raças atrasadas foram degradadas pelo domínio da raça adiantada, salientando a riqueza e importância da cultura africana para a formação social brasileira. Para além do esforço físico, o negro teve contribuição cultural, técnica, de vestuário e de alimentação. Ao diferenciar raça [hereditariedade] e cultura [contexto social] - popularizou essa ideia de que descendentes de africanos tinham dado uma contribuição positiva à formação nacional. Defende que a miscigenação foi importante para a possibilidade “desse tipo de Brasil diferente” - ao que teria propiciando a facilidade de lidar com o não igual. Bem verdade que a mestiçagem possibilitou um país diferente, o que não podemos deixar de salientar é que essa mestiçagem nasceu de causas mais perversas que gloriosas, no domínio dos senhores sobre as escravas negras, ao que Freyre justificou postulando que “o meio e as circunstâncias exigiram o escravo” (Freyre 1957/2004, p. 322).

Em “ordem e progresso”, Freyre (1957/2004) sustenta que na história da sociedade patriarcal brasileira, não houve progresso e sim progressos no desenvolvimento brasileiro. Da mesma forma, a ordem não foi uma ordem “monolítica”

mas uma multiplicidade de ordens que se juntam para, segundo Freyre (1957/2004) contraditoriamente formarem o sistema nacional. Diz ele que essa “ordem social total”, conservou na República suas formas de ser, referindo-se às relações íntimas, esclarecendo que nem sempre essas são harmoniosas e quase sempre integram seus “contraditórios e desiguais progressos, num progresso aparentemente único: o luso-americano, o brasileiro, o nacional” (Freyre, 1957/2004 p.141) Sugere que os acordos entre a ordem e o progresso sempre foram frequentes, citando alguns exemplos. Entre eles, a importância maior dos dias santos aos domingos - referindo-se aos chamados feriados. Diz que foi resultado da entrada, ao mesmo tempo, de duas ordens dentro do sistema social de organização patriarcal - a religiosa e a econômica. Em um acordo entre as duas ordens, a Igreja cedeu à ordem econômica, o trabalho aos domingos, enquanto a ordem econômica passou a prestigiar a celebração dos dias santos.

### O *ethos* brasileiro sob outros olhares

Se faz importante um aparte para introduzir a questão da imprecisão e inconsistência existente no uso de conceitos básicos como mandonismo, coronelismo, clientelismo que Carvalho (1997) nos traz.

Postula que “o coronelismo foi mais que um sistema político, foi uma complexa rede de relações que ia desde o coronel até o presidente da República, envolvendo compromissos recíprocos, (...) um sistema político nacional, baseado em barganhas entre o governo e os coronéis” (- -). Se antes o coronel aparecia na “imagem simplificada do grande latifundiário isolado em sua fazenda, senhor absoluto de gentes e coisas”, Carvalho (1009) mostra que hoje coexistem vários tipos de coronéis, “desde

latifundiários a comerciantes, médicos e até mesmo padres” (- -). Distingue coronelismo de mandonismo, esse que “refere-se à existência local de estruturas oligárquicas e personalizadas de poder”. Diz ele, que o mandonismo não é um sistema, é uma característica da política tradicional que existe desde o início da colonização e sobrevive ainda hoje em regiões isoladas, sugerindo a tendência ao seu desaparecimento à medida que os direitos civis e políticos alcancem todos os cidadãos, dizendo ainda, que a história do mandonismo confunde-se com a história da formação da cidadania.

Sobre o clientelismo Carvalho (1997) atenta para a confusão existente entre coronelismo e clientelismo, destacando que de modo geral, o clientelismo “indica um tipo de relação entre atores políticos que envolve concessão de benefícios públicos, na forma de empregos, benefícios fiscais, isenções, em troca de apoio político, sobretudo na forma de voto” (p.-). Explica que o coronelismo, “envolve relações de troca de natureza clientelística”, e ainda assim, não pode ser identificado ao clientelismo, que para o autor, seria o mandonismo “visto do ponto de vista bilateral”. Continua explanado que as relações clientelísticas dispensam a presença do coronel, por se darem entre governo, ou políticos, e setores pobres da população. Para Carvalho (1997) o clientelismo se ampliou com o fim do coronelismo e aumenta com o decréscimo do mandonismo, sugerindo a ideia de diacronia entre eles. Dito de outra forma, o mandonismo cedeu lugar ao clientelismo.

Para Faoro (1957/2012) esse domínio tradicional, configurado no patrimonialismo, ao se estender subordinou muitas unidades políticas. Explica que antes de se estabelecer o quadro administrativo, a chefia dispersa acabou assumindo o caráter patriarcal identificado no mando do fazendeiro, do senhor de engenho e nos coronéis. Esclarecendo que:

Num estágio inicial, o domínio patrimonial, desta forma constituído pelo estamento, apropria as oportunidades econômicas de desfrute dos bens, das concessões, dos cargos, numa confusão entre o setor público e o privado, que, com o aperfeiçoamento da estrutura, se extrema em competências fixas, com divisão de poderes, separando-se o setor fiscal do setor pessoal. O caminho burocrático do estamento, em passos entremeados de compromissos e transações, não desfigura a realidade fundamental, impenetrável às mudanças. O patrimonialismo pessoal se converte em patrimonialismo estatal, que adota o mercantilismo como a técnica de operação da economia. Daí se arma o capitalismo político, ou capitalismo politicamente orientado (...), (Faoro, 1957/ 2012, versão ebook)

Segue explicando que dessa forma, a minoria governa sempre em todos os tempos, em todos os sistemas políticos, levando à oligarquia dos poucos eleitos ou cooptados.

Entre os “caminhos tortuosos” (Carvalho, 2002, p.13) que a cidadania tem seguido no Brasil, Carvalho (2002) cita que em 108 anos, referindo-se ao progresso da cidadania, a única alteração importante que houve nesse período foi a abolição da escravidão - em 1888, explicando que apesar da abolição ter incorporado os ex-escravos aos direitos civis, essa foi mais formal do que real. Afirma que “a desigualdade é a

escravidão de hoje, o novo câncer que impede a constituição de uma sociedade democrática”. (Carvalho, 2002, p.219)

Para Carvalho (2002) “o fenômeno da cidadania é complexo e historicamente definido” (Carvalho, 2002, p. 8). Postula que com o fim da ditadura militar em 1985, a construção da democracia se fortaleceu, elevando a palavra cidadania ao status de gente, explicando que não mais se dizia que o povo queria algo, e sim, que a cidadania queria. Para ele, ganhamos o direito de eleger nossos governantes resultando na ilusão da garantia de liberdade, de participação, de segurança, de desenvolvimento, de emprego e de justiça social. Aponta a liberdade como uma conquista vislumbrada na manifestação do pensamento - que encontra liberdade na ação política, sindical, na participação e no direito do voto. Em contrapartida, problemas como violência urbana, desemprego, analfabetismo, má qualidade da educação, oferta inadequada dos serviços de saúde e saneamento, e as grandes desigualdades sociais e econômicas ou continuam sem solução, ou se agravam, ou melhoram em ritmo muito lento. Consequência disso, mecanismos e agentes do sistema democrático, como as eleições, os partidos, o Congresso, os políticos, se desgastam e perdem a confiança dos cidadãos. Reconhece que mesmo sendo a cidadania plena - liberdade, participação e igualdade para todos - um ideal desenvolvido no Ocidente e possivelmente inatingível, ainda assim, tem servido de parâmetro para o julgamento da qualidade da cidadania em cada país e em cada momento histórico.

Seguindo as noções de cidadania de Marshall (1967), visto anteriormente, cidadão pleno seria aquele que fosse titular dos direitos civis, políticos e sociais. Os que possuíssem apenas alguns dos direitos seriam considerados cidadãos incompletos e os que não se beneficiassem de nenhum dos direitos não seriam cidadãos. Carvalho (2002)

esclarece que direitos civis são direitos que se baseiam na existência de uma justiça independente, eficiente e acessível a todos, que garantem as relações civilizadas entre as pessoas e a sociedade civil, sendo seu mote a liberdade individual. Afirmar que é possível haver direitos civis sem direitos políticos, o contrário não é possível, “sem os direitos civis, sobretudo a liberdade de opinião e organização, os direitos políticos, sobretudo o voto, podem existir formalmente mas ficam esvaziados de conteúdo e servem antes para justificar governos do que para representar cidadãos” (Carvalho, 2002, p.10).

Carvalho (2011) aponta duas diferenças importantes entre o percurso da cidadania inglesa e brasileira: “a primeira refere-se à maior ênfase em um dos direitos, o social, em relação aos outros. A segunda refere-se à alteração na sequência em que os direitos foram adquiridos: entre nós o social precedeu os outros” (Carvalho, 2011, p.11), dizendo que “a pirâmide dos direitos foi colocada de cabeça para baixo” (Carvalho, 2002, p.220). Acrescenta que os direitos sociais no Brasil, ao serem concedidos sem conquista, colocaram a população em posição de dependência frente ao Estado. Explica que o governo ao inverter a ordem do surgimento dos direitos, descrita por Marshall (1967) e colocar o direito social antes do político, fez com que os trabalhadores fossem “incorporados à sociedade em virtude de leis sociais e não de sua ação sindical e política independente” (Carvalho, 2011, p.124). Daí o sentimento de não pertença. Sentimento inclusive relatado no capítulo anterior, em Severo & Da Ros (2012), pelos integrantes do MST, ao referirem que o SUS não foi uma conquista do movimento. Ou ainda, em Langdon e Diehl (2007) no relato do despreparo por parte de profissionais da saúde, para com as práticas medicinais indígenas.

Continua sua explanação, mostrando que seguindo a lógica da seqüência inglesa, tal alteração afeta a natureza da cidadania, resultando na diferença entre um cidadão inglês ou norte-americano e um cidadão brasileiro. Explica que quando os direitos sociais passam a ser a base da pirâmide uma das conseqüências, sobretudo para o problema da eficácia da democracia é a excessiva valorização do Poder Executivo, fazendo com que o governo revele-se “como o ramo mais importante do poder, aquele do qual vale a pena aproximar-se” (Carvalho, 2002, p.221), reforçando assim, a longa tradição portuguesa - o patrimonialismo. Salienta que o Estado passa a ser visto como “todo-poderoso, na pior hipótese como repressor e cobrador de impostos; na melhor, como um distribuidor paternalista de empregos e favores” (Carvalho, 2002, p.221), favorecendo também uma visão corporativista dos interesses coletivos. Contrapõe dizendo que, apesar da desvantagem da inversão da ordem dos direitos, o exercício continuado da democracia política, permitiria aos poucos ampliar o proveito dos direitos civis, reforçando, por conseqüência, os direitos políticos, ao que criaria um círculo virtuoso no qual a cultura política também se modificaria. Enfatiza que a principal mudança necessária seria a ênfase na organização da sociedade. Explicando que se a inversão da seqüência dos direitos reforçou entre nós a supremacia do Estado, o que seria importante fazer em termos de consolidação democrática, seria reforçar a organização da sociedade para dar embasamento social ao político, equivalente a democratizar o poder. Acentua que a organização da sociedade não precisa e não deve ser feita contra o Estado em si, e sim contra o Estado clientelista, corporativo, colonizado. Destaca ainda as ações municipais que experimentam formas alternativas de envolvimento da população na formulação e execução de políticas públicas, citando o exemplo do orçamento participativo que se dá entre as parcerias de associações de

moradores, com organizações não-governamentais. Esclarecendo que tal aproximação não tem os vícios do paternalismo e do clientelismo porque mobiliza o cidadão no nível local, “onde a participação sempre foi mais frágil, apesar de ser aí que ela é mais relevante para a vida da maioria das pessoas” (Carvalho, 2002, p.228).

Para Benevides (1991) na medida que direitos passam a ser entendidos como concessões, deixam de ser direitos para serem alternativas aos direitos. Acrescentando que tal forma, configura “a cidadania passiva, excludente, predominante nas classes autoritárias” (Benevides, 1991, p. 7)

DaMatta (1997) questiona a compreensão de cidadania como um papel social relacionado à igualdade de todos os homens em todos os lugares, levantando a dúvida de sua legitimidade do ponto de vista da prática social.

Importante introduzir que a noção de sociedade que norteia os escritos de DaMatta (1997) não é a de uma sociedade composta de um conjunto de indivíduos - entendido como aquele que ao seu redor o que acontece é em decorrência de seus interesses, ações e motivações. Diferente disso, a sociedade entendida por DaMatta é esta vista de “modo globalizado” - que forma um sistema, que tem suas próprias leis e normas (DaMatta, 1997, p.6).

Saciado na fonte de Dumont, DaMatta (1997) discute o conceito de cidadania questionando as implicações de “ideia fundamental de indivíduo” contraposta à ideia de “regras universais” - o que nos auxiliará na reflexão sobre o individual e o coletivo. Refere que o entendimento de cidadania compreende a ideia de individualismo, equivalente a dizer que ser cidadão é pertencer a um espaço público e seguir os preceitos de um conjunto de direitos e deveres para com o Estado. Nos chama a atenção para a institucionalização política do conceito de cidadão - e de indivíduo - que “passou



a ser tomado como um dado da própria natureza humana, um elemento básico e espontâneo de sua essência, e não um papel social. Ou seja, algo socialmente institucionalizado e moralmente construído” (DaMatta, 1997, p.46). Sendo assim, ser cidadão - e ser indivíduo - é algo que se aprende, e é algo demarcado por expectativas de comportamento singulares.

O autor aponta que no Brasil a noção de cidadania sofre uma “espécie de desvio, seja para baixo, seja para cima, que a impede de assumir integralmente seu significado político universalista e nivelador” (DaMatta, 1997, p. 53-54). Explica o individualismo brasileiro traduzindo-o como “um modo de organização burocrática, onde o todo predomina sempre sobre as partes” destacando a hierarquia como fundamental para a definição do papel das instituições e dos indivíduos - diferente da concepção de individualismo de Dumont, em que o indivíduo, dotado de uma singularidade, faz parte e configura o todo.

Confronta o individualismo brasileiro - que reage às leis de Estado, com o individualismo norte-americano que cria leis. Refere que no Brasil “o individualismo é criado com esforço, como algo negativo e contra as leis que definem e emanam da totalidade”, já nos Estados Unidos, “o individualismo é positivo e o esforço tem sido para criar a unidade ou a union: a totalidade” (DaMatta, 1997, p.54). Exemplifica mostrando que enquanto nos Estados Unidos a igualdade e homogeneidade fundamentam a idéia de comunidade, concebendo-a como igualitária, por ser formada por indivíduos e cidadãos, no Brasil ocorre o contrário, a comunidade é “heterogênea, complementar e hierarquizada”, antes de ser formada por indivíduos - ou cidadãos, se forma em relações e pessoas, famílias e grupos de parentes e amigos. Como consequência, nos Estados Unidos o indivíduo em si “conta como uma unidade positiva

do ponto de vista moral e político”, enquanto no Brasil o indivíduo em si e sem relações, é considerado uma unidade “altamente negativa, (...) um ser humano marginal em relação aos outros membros da comunidade”. A comunidade norte-americana é dita então, como “homogênea, igualitária, individualista e exclusiva”; e a brasileira dita “heterogênea, desigual, relacional e inclusiva. Num caso o que conta é o indivíduo e o cidadão; noutro, o que vale é a relação”, explicando assim, os desvios e as variações da noção de cidadania no Brasil (DaMatta, 1997, p. 54-55). Não surpreende que a palavra "cidadão" seja usada geralmente em situações negativas no Brasil, ou seja, para marcar a posição de alguém que está em desvantagem ou mesmo inferioridade.

DaMatta (1997) vê a sociedade brasileira como se tivesse várias fontes de cidadania deficitárias e operando de modo a permitir uma série de compensações sociais. Os membros da sociedade brasileira são definidos conforme o conjunto de relações que possuem em situações específicas. O público e o privado se misturam, no primeiro as leis universais e no segundo o universo familiar, parentes, compadres e amigos. Não é o indivíduo que forma a família e sim a família e as relações que se fazem por meio dela, que legitimam o indivíduo como membro daquele espaço social. No Brasil é a relação que importa ao indivíduo.

O papel social de indivíduo - cidadão, deve ser nivelador e igualitário, tendo como característica normativa a igualdade de direitos, equivalente a dizer que ser cidadão é ter direitos iguais a todos os outros cidadãos. Isso explica porque no caso brasileiro ser cidadão é visto de forma negativa, pois clamar por direitos iguais equivaleria, no Brasil, a deixar de lado a relação, significaria ser posto à igualdade da lei. DaMatta (1997) menciona que a negatividade de ser posto à igualdade da lei se

mostra na frase, que alguns atribuem à autoria a Getúlio Vargas: “aos amigos tudo, aos inimigos a lei”.

Continuemos com a biografia do Brasil feita pelas autoras Schwarcz e Murgel (2015), em que são apontadas falhas na construção da cidadania Brasileira, enfatizando a persistência de uma “herança contraditória de mestiçagem” e a violência como parte dessas. Dizem as autoras que em sua transição democrática o Brasil saiu do Estado Novo, “mestiçado em suas crenças e costumes, mas internalizando um racismo mal disfarçado e uma hierarquia social arraigada na intimidade que pareciam prescindir da lei para se afirmar” (Schwarcz e Murgel, 2015, p.371). Contudo, nessa época - meados dos anos 40 - o Brasil, tardiamente já dispunha de uma legislação trabalhista e de um projeto de modernização e industrialização. Na luta por liberdade e democracia apontam o ativismo iniciado na periferia de São Paulo, através de associações desassistidas pelos poderes públicos, citando como exemplos os clubes de mães, grupos de moradores e comitês de saúde (Schwarcz e Murgel, 2015, p.454- 455). Possivelmente, o SUS e o movimento de luta antimanicomial tenham nascido em um desses comitês de saúde - movimentos que marcaram o avanço de cidadania na saúde. Mencionam também os gigantescos comícios pelas diretas que reuniram de 300 mil participantes em Belo Horizonte, 1 milhão de participantes no Rio de Janeiro e 1,5 milhão de participantes em São Paulo, que foram capazes de reunir no mesmo palanque, políticos, intelectuais, jogadores de futebol e artistas; mas não foram suficientes para consolidar a democracia através do voto direto. A Emenda Dante Oliveira acabou rejeitada por não alcançar dois terços dos votos, embora tenha recebido 298 votos a favor, 63 contra e 3 abstenções. Os 22 votos faltantes, dizem as autoras: “eram os deputados do partido governista soterrando a possibilidade de uma transição política que fugia ao seu

controle” (Schwarcz e Murgel, 2015, p. 465). E nessa quase indescritível frustração popular, causada pela derrota da primeira votação pelo voto direto, a história do país vem se afirmando, “[...] como uma longa narrativa de lutas, violência, reivindicação de autonomia e igualdade, busca por direitos e construção de cidadania” (Schwarcz e Murgel, 2015, p. 479).

Santos (1994) e Andrade (2003) sugerem uma renovação da teoria democrática. Santos (1994) sustenta a formulação de critérios de participação política que não se limitem ao ato de votar. Enquanto Andrade (2003) sustenta que “a democracia representativa ou indireta reduz à democratização do Estado ou a uma forma de regime político, enquanto a democracia participativa, direta ou outra, abrange a democratização da sociedade civil” (Andrade, 2003, p. 68). A autora sugere ainda a possibilidade de inversão “de cidadania moldada pela democracia [representativa] à cidadania moldando a democracia [possível e sem fim]; da cidadania instituída pela democracia à cidadania instituinte da democracia [...]” (Andrade, 2003, p.78). Para Andrade (2003):

Identificado o poder com o poder político estatal, a política é vista como uma prática específica, cujo lugar de manifestação só pode ser o Estado e as instituições estatais e cujo objetivo só pode ser a ocupação do poder estatal (Governo/Parlamento). Identificada a democracia com uma forma de regime político, a democracia é reduzida à democracia político-estatal ou à democratização do Estado. E identificada a cidadania com a representação política, é ela reduzida a um epifenômeno da democracia representativa. (Andrade, 2003, p. 69-70).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do primeiro modelo de participação social deliberativo conquistado em 1990, a saúde pública passou a contar com os conselhos e as conferências de saúde como espaços vitais para o exercício do então instituído controle social do SUS.

Podemos ver, através da pesquisa realizada, que os conselhos de saúde apesar da autonomia adquirida para propor e formar estratégias e atuar no controle e execução das Políticas de Saúde, em sua maioria, ainda não conseguiu se apropriar de fato de tais práticas. Contudo nos anima a percepção de que um percurso já está sendo feito, e que embora em alguns casos, tortuoso, em outros podemos ver a busca por uma trajetória de comprometimento com a saúde pública e usuários em geral.

Em sua estrutura o controle social é bem elaborado, e sua prática, embora se mostre frágil, nos parece promissora. Parte dessa fragilidade, pressupomos justificar-se pela incipiência do processo, que apesar de já contar com uma significativa experiência da institucionalização de participação do controle social, se pensada em termos de condição histórica, ainda tem uma longa estrada pela frente. Quanto à parte promissora, parece se fundamentar em seu empenho em derrubar as questões costumeiras que como vimos, estão enraizadas em nossa cultura como a troca de favores, a busca pelo ganho de benefícios, as práticas de cooptação, o favorecimento pessoal ou privado no que concerne à esfera pública, tão facilmente encontrados nas práticas aqui descritas.

Nossa busca por postulações que nos levassem a refletir sobre essas práticas, que da forma como foram relatadas, nos mostraram que não aparecem isoladas a um único contexto, nos trouxe em destaque a questão da desigualdade social como principal

entreve para que a cidadania e democracia se concretizem de fato, seja no SUS, ou em qualquer outra realidade brasileira.

Podemos dizer utópica uma realidade em que não exista desigualdade alguma, e os autores trazidos nos capítulos anteriores reconheceram a desigualdade [desde que mínima] como consequência da cidadania, a exemplo o direito à educação, que fatalmente leva à estratificação social na medida em que nem todos usufruem igualmente de tal direito. Fatos esses, levaram alguns autores a admitir um certo tipo de desigualdade desde que fossem observados e compreendidos os extremos da escala de distribuição de renda, bem como a cultura que deveria se fazer uma experiência comum a todos. Assim pensado, chegaria-se a um enriquecimento da cidadania e à estabilidade de certas diferenças de status. Dito de outra forma, a diferença social levaria à cidadania democrática, desde que essa diferença não fosse muito profunda e que todos tivessem os mesmos direitos de cidadania, fazendo valer assim, a justiça social.

Os Conselhos de Saúde, em sua maioria, da forma que vem se estruturando e se mostrando em funcionamento [ou não funcionamento], parecem em sua maioria, estar mais a serviço de justificar e dar continuidade à ações já praticadas e impostas pelo Estado, a representar as reais necessidades dos cidadãos do SUS.

Se no Brasil a sequência de direitos [modelo conquistado na Inglaterra] está posta de cabeça para baixo, ao que se refere à inversão da ordem dos direitos, que no caso brasileiro começaram pelos direitos sociais colocando a população em posição de dependência frente ao Estado; o SUS fugiu a essa regra. O SUS nasceu da necessidade do povo, nasceu da mobilização social impulsionada pelo Movimento da Reforma Sanitária que lutava por justiça e igualdade. Entre os direitos sociais almejados pautava-

se a democracia participativa na gestão do SUS, conquista essa, enfim posta em prática através do controle social.

O que aproxima o SUS e de igual forma afasta da ordem tradicional dos direitos é que o direito à saúde integral, universal e equitativa à sociedade, foi sim um direito conquistado pela necessidade do povo, mas essa necessidade nasceu meio à desigualdade social, o que nos afasta dessa lógica, impedindo que a cidadania se concretize de forma plena, pois essa desigualdade que poderia ser admitida somente se fosse mínima, na realidade brasileira se coloca quase como aceitável, mesmo em níveis altos. Dribla-se essa realidade com ações costumeiras que acabam obstacularizando a evolução da cidadania. Vimos relatos que descrevem conselhos de saúde exercendo atribuições desprovidas de um sentido político pleno do exercício de cidadania, na garantia dos direitos sociais, revelando-se aquém de um espaço político que deveria por em cena os interesses da população na tomada de decisões.

Encontramos no modelo do controle social coerência com as postulações sobre democracia revisadas nos capítulos anteriores. Se relacionarmos a realidade do controle social às ideias de promessas não cumpridas, veremos que esse é formado por um modelo de sociedade pluralista, composto de grupos que tentam a prevalência de seus interesses perante outros grupos, interesses esses que vão desde acordos políticos à interesses pessoais, através de um poder representado por oligarquias que confundem o público com o privado.

O usuário do SUS com o exercício do controle social, através dos conselhos de saúde, conquistou seu espaço de democracia social ocupando um novo espaço social de tomada de decisões democráticas. Esse espaço, por vezes vê sua ação democrática ameaçada pelo fisiologismo, mostrando que não foram anuladas em nossa sociedade as

formas de dominação hierárquica que encorpam e dão respaldo para que se mantenha um poder invisível que insiste em fazer prevalecer interesses particulares, dificultando que a democracia aconteça de fato.

O controle social também apregoa a premissa da importância da educação para democracia, propondo práticas de educação permanente que conscientize os conselheiros sobre o devido uso desse espaço de participação social. Vimos que essas práticas de educação para cidadania ainda não encontram adesão em todos os conselhos, porém, trouxemos relatos que afirmam que a educação continuada se faz um instrumento estratégico na potencialização do controle social, e quando essa se faz concreta, mostra resultados positivos de conscientização e de avanços no processo democrático, contemplando a premissa de que a necessidade da educação para democracia surge na prática democrática. Questionamos a possibilidade de uma educação para democracia ou cidadania, ao que nos parece uma questão permeada pela cultura, em que cada sociedade terá suas formas de cidadania e democracia, que se moldarão às necessidades e costumes dessa população. Os relatos e estudos que se referem às práticas democráticas no SUS, mostram essa preocupação com a educação permanente, e o próprio termo “permanente” nos faz questionar se a cidadania e a democracia são construções do povo, qual seria a finalidade da permanência de um “ensinar a vir a ser”.

Se pensarmos que algumas idealizações a respeito da democracia não se cumpriram porque a sociedade é mais complexa que se previu, no processo democrático idealizado via controle social, podemos dizer que essa complexidade conta ainda com uma realidade permeada por práticas cooptativas. Nos obstáculos que se colocam ante à democracia, a tecnocracia também aparece nos relatos trazidos, junto à burocracia



hierarquizada e as demandas cada vez mais específicas. Podemos dizer que temos no controle social uma democracia se solidificando, ainda vulnerável, mas que vem buscando se apropriar da participação do processo democrático de forma transparente e eficiente.

Pensando a democracia como uma concepção individualista da sociedade, teremos o homem como um ser social que não vive isolado, em suas relações com a sociedade o indivíduo se reúne a outros semelhantes a ele, dando origem a uma sociedade de livres indivíduos.

Tomaremos o individualismo mediado por categorias determinadas pela sociedade, que coloca o indivíduo em uma dimensão universal, igual perante a lei [ser moral], generalizado por ser universal e idealizado pela igualdade, ou ainda, que se vale pelos ideais de liberdade e igualdade. O indivíduo que tem seus direitos preservados e respeitados, indivíduo esse que respaldará o entendimento de cidadania enquanto eleva o cidadão ao status de pertencente a um espaço público, seguidor de uma ordem que compreende um conjunto de direitos e deveres para com o Estado, que é chamado a ser um ator social. Sendo assim, podemos dizer que a sociedade nos ensina a sermos indivíduos, sermos cidadãos.

Posto isto, ao refletirmos que indivíduo, que cidadão a sociedade brasileira nos oferece como modelo, constatamos que no caso brasileiro este individualismo não está posto em sua essência, aqui há um desvio que impede que a universalidade e a igualdade se coloquem de fato. Ao relacionarmos os relatos trazidos no primeiro capítulo às reflexões trazidas nos capítulos subsequentes, vemos novamente uma inversão à ordem natural dos fatos, na questão da formação da sociedade brasileira, que prioriza as relações particulares [família, amigos], ante à formação do indivíduo, do

cidadão. Nossa sociedade abre mão de seus direitos de cidadão, de igualdade perante a lei, para priorizar a relação, pois uma sociedade em que as normas não se aplicam com igualdade, em que impera a desigualdade social e moral, acaba levando ao entendimento que a relação tem um valor maior que a norma, que a lei. Levando ao entendimento que a norma, a lei são aplicadas somente na falta da relação, ou seja, na falta da intervenção de algum familiar ou amigo que faça a intermediação entre o público e o privado. A lógica da cordialidade leva as relações familiares ao domínio público, comprometendo a ordem pública, que aqui, segue normas diferenciadas aos cidadãos.

E se lá no passado, foi percebido que o real sentido da colonização brasileira sempre esteve a serviço de atender o mercado externo, nos parece que tal lógica se manteve. Nos relatos que trazem como uma estratégia de vigilância de Estado, a imposição de um modelo de saúde que visa a disciplina os corpos individuais, através de práticas de saúde que visam o modelo médico e por consequência a medicalização, vemos que essas práticas priorizam as demandas da indústria farmacêutica, uma demanda exterior, ou seja, seguimos a serviço de atender o mercado externo.

Entre o equilíbrio de antagonismos, os opostos se equilibram em acordos entre a ordem e o progresso, trazido na multiplicidade de ordens que formam o sistema nacional, ordens que se contradizem e que não são as mesmas para todos, resultando em progressos contraditórios e desiguais.

Consideramos que os resultados dessa proposta avançada, democrática, altamente politizada, que é como se apresenta a proposta do controle social, ao ser posta em prática, acabam se diferenciando da concepção original. Fatalmente será posta em jogo a capacidade de entendimento e a busca de soluções ante as convergências que surgirão entre os envolvidos nesse processo. Se fazem necessárias adaptações e decisões

que de certa forma mudarão o sentido original da proposta, e assim se formarão novas articulações políticas, que se bem formadas, contribuirão para o processo democrático. Sendo assim, o controle social, é um processo em formação que poderá resultar em diferentes situações. Esperamos que seja qual for o avanço ou retrocesso que a participação popular venha a enfrentar via controle social, seja sempre de forma a garantir a democracia política no SUS.

## Referências Bibliográficas

- Alencar, Heloisa Helena R. de (2012). Educação permanente no âmbito do controle social no SUS: a experiência de Porto Alegre - RS. *Saúde e Sociedade*. [online]. Vol. 21, suppl.1, pp. 223-233. ISSN 0104-1290.
- Andrade, Vera R. Pereira de (2003). *Sistema penal Maximo x cidadania mínima: Códigos da Violência na era da globalização*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003.
- Arantes, Cássia Irene Spinelli; Mesquita, Camila Campos; Machado, Maria Lúcia Teixeira & Ogata, Márcia Niituma (2009) Controle social na saúde: discutindo os resultados de uma pesquisa com enfermeiras. *Acta Paulista enfermagem* [online]. Vol.22, n.4, pp. 417-421. ISSN 1982-0194.
- Arantes, Cássia Irene Spinelli; Mesquita, Camila Campos; Machado, Maria Lúcia Teixeira & Ogata, Márcia Niituma (2007). O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. *Texto contexto - enfermagem* [online]. Vol.16, n.3, pp. 470-478. ISSN 0104-0707.
- Arendt, Hannah (2003). *A condição Humana/* Hannah Arendt; tradução de Roberto Raposo, posfácio de Celso Lafer - 10 ed. - Rio de Janeiro: Forense Universitaria. (Original published in 1958).
- Batista, Adriana A.; Muniz, José Norberto; Ferreira Neto, José Ambrósio & Cotta, Rosangela M. Mitre (2010). A contribuição da pesquisa avaliação para o processo de implementação do controle social no SUS. *Saúde e Sociedade*. [online]. Vol.19, n.4, pp. 784-793. ISSN 0104-1290.

- Benevides, M. V. de M. (1991). *A cidadania ativa. Referendo, plebiscito e iniciativa popular*. São Paulo: Editora Ática.
- Benjamin, Walter (1986). Crítica da violência - crítica do poder. In: *Documentos de cultura, documentos de barbárie: escritos escolhidos / seleção e apresentação Willi Bolle; tradução Celeste H.M. Ribeiro de Sousa... [et al.]* - São Paulo: Cultrix: Editora da Universidade de São Paulo.
- Bobbio, Norberto (1986). *El futuro de la democracia*. Trad. de José F. Fernánandez Santillán. Fondo de Cultura Económica. México.
- Bobbio, Norberto, 1909. Estado, governo, sociedade; por uma teoria geral da política / Norberto Bobbio, tradução Marco Aurélio Nogueira. - Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- Brasil. Ministério da Saúde (2006). Conselho Nacional de Saúde. *Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde* – Brasília : Ed. do Ministério da Saúde.
- Bühler, Denise Nunes de Campos (2015). Psicólogos na Saúde do Trabalhador e avanço da Biomedicina: A quem se dirige a demanda? In: *Gestão em saúde: temas em debate - volume II* / Sarita Amaro; Ricardo Vianna Martins (orgs) - 1ª ed. - eBook - Jundiaí, SP: Paco Editorial. [pp. 28-43].
- Buss, P. M. (1995). Saúde e desigualdade: o Caso do Brasil. In: *Sistema de saúde: continuidades e mudanças*. BUSS, PM., and LABRA, ME., orgs. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Buss, P. M. & LABRA, M. E. orgs. (1995). *Sistema de saúde: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- Carvalho, José Murilo de (2002). *Cidadania no Brasil. O longo Caminho*. 3a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Carvalho, José Murilo de (1997). *Mandonismo, Coronelismo, Clientelismo: Uma Discussão Conceitual*. Vol.40, n.2, pp.-. ISSN 0011-5258.
- Cossetin, Andiará & Olschowsky, Agnes (2011). Avaliação das ações em saúde mental na estratégia de saúde da família: necessidades e potencialidades. *Revista Gaúcha de Enferagem* [online]. Vol.32, n.3, pp. 495-501. ISSN 1983-1447.
- Cotta, Rosângela Minardi Mitre; Martins, Poliana Cardoso; Batista, Rodrigo Siqueira; Franceschini, Sylvia do Carmo Castro; Priore Silvia E. & Mendes, Fabio faria (2011). O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. *Physis* [online]. Vol. 21, n.3, pp. 1121-1138. ISSN 0103-7331.
- Cotta, Rosângela Minardi Mitre; Cazal, Mariana de Melo & Rodrigues, Jôsi Fernandes de Castro (2009). Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. *Physis* [online]. Vol.19, n.2, pp. 419-438. ISSN 0103-7331.
- Cruz, Pedro José Santos Carneiro; Vieira, Samara Cíntia Rodrigues; Massa, Nayara Moreira; Araujo, Thaise Anataly Maria de; & Vasconcelos, Ana Claudia Cavalcanti Peixoto de (2012). Desafios para a participação popular em saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. *Saúde e sociedade*. [online]. Vol.21, n . 4 , pp. 1087-1100. ISSN 0104-1290
- Damatta, Roberto (1997). *A casa & a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil*. 5 ed. - Rio de Janeiro: Rocco. (Original published in 1985).

- Debord, Guy (1997/ 2003). *A Sociedade do Espetáculo*. Editoração, tradução do prefácio e versão para eBook: eBooksBrasil.com
- Duarte, Elisfabio Brito & Machado, Maria de Fátima Antero Sousa (2012). O exercício do controle social no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE. *Saúde e sociedade*. [online]. Vol.21, Supl.1, pp. 126-137. ISSN 0104-1290.
- Dumont, Louis (1985). *O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna / Louis Dumont; tradução Álvaro Cabral*. - Rio de Janeiro: Rocco.
- Dumont, Luis (2008). *Homo Hierarchicus: O Sistema de Castas e Suas Implicações / Louis Dumont; tradução de Carlos Alberto da Fonseca*. - 2. ed. 1. reimpr. - São Paulo: Editora Universidade de São Paulo. (Original published in 1992)
- Dussault, G. (1995). Lições da Reforma do Sistema de Saúde de Québec. In: *Sistema de saúde: continuidades e mudanças*. BUSS, P. M., LABRA, M. E., orgs. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Economist Intelligence Unit's Democracy index (EIU) - 2013 (2014). In: The Economist Intelligence Unit Limited 2014. Disponível em: <http://www.eiu.com>
- Faoro, Raymundo (2012). *Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro / Raymundo Faoro; prefácio Gabriel Cohn*. - 5ª. ed. -São Paulo: Globo; versão ebook. (Original published in 1957)
- Ferreira, Janise Braga Barros; Forster, Aldaísa Cassanho & Santos, José S. dos (2012). Reconfigurando a interação entre ensino, serviço e comunidade. *Revista brasileira educação medicina*. [online]. Vol.36, n.1, Supl.1, pp. 127-133. ISSN 0100-5502

- Fleury S, Ouverney A.S.M, Kronemberger T.S, & Zani F.B. (2010). Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 28 (6): 446–55.
- Freyre, Gilberto (2013). *Casa-grande & Senzala: formação da família brasileira sob o regime patriarcal* / Gilberto Freyre; apresentação de Fernando Henrique Cardoso; biobibliografia de Edson Ney da Fonseca; notas bibliográficas revistas e índices atualizados por Gustavo Henrique Tuna. - [52 ed.] - São Paulo: Global. (Original published in 1933).
- Freyre, Gilberto (1936). *Sobrados e Mucambos. Decadência do Patriarchado Rural no Brasil*. Edição Ilustrada. São Paulo: Companhia Editorial Nacional.
- Freyre, Gilberto (2004). *Ordem e progresso* / Gilberto Freyre; apresentação de Nicolau Sevcenko; bibliografia de Edson Nery da Fonseca; notas bibliográficas revistas e índices elaborados por Gustavo Henrique Tuna.- 6ª ed. rev. - São Paulo: Global. (Original published in 1957).
- Governo Federal. (S/D). Controladoria Geral da União. Portal da Transparência. Disponível em: <http://www.portaldatransparencia.gov.br>
- Grisotti, Márcia; Patricio, Z. Maria & Silva, Andréia da (2010). A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. *Ciência e saúde coletiva* [online]. Vol.15, n.3, pp. 831-840. ISSN 1413-8123.
- Holanda, Sérgio Buarque (2014). *Raízes do Brasil* / Sérgio Buarque de Holanda. - 27ª ed. - São Paulo: Companhia das Letras. (Original published in 1936).
- Landerdhal, Maria Celeste; Unfer, Beatriz; Braun, Katia & Skupien, Jovito Adiel (2010). Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou



- documento burocrático? *Ciências e saúde coletiva* [online]. Vol.15, n.5, pp. 2431- 2436. ISSN 1413-8123.
- Langdon, Esther Jean & Diehl, Eliana E. (2007). Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde e sociedade*. [online]. Vol.16, n.2, pp. 19-36. ISSN 0104-1290.
- Lazarini, Welington Serra; Sodre, Francis & Dalbello-Araujo, Maristela (2014). O debate sobre educação em saúde no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Vitória, ES, Brasil. *Interface* (Botucatu) [online]. Vol.18, Supl.2, pp. 1227-1239. ISSN 1414-3283
- Marshall, T. H. (1967). *Cidadania, classe social e status*. Tradução de Meton Porto Gadelha. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Morita, Ione; Guimaraes, Julliano Fernandes Campos & Di Muzio, Bruno Paulino (2006). A participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema? *Saúde e Sociedade* [online]. Vol.15, n.1, pp. 49-57. ISSN 0104-1290.
- Oliveira, Ana Maria Caldeira; Ianni, Aurea Maria Zöllner & Dallari, Sueli Gandolfi (2013). Controle social no SUS: discurso, ação e reação. *Ciência e saúde coletiva* [online]. Vol.18, n.8, pp. 2329-2338. ISSN 1413-8123.
- Pedrosa, José Ivo dos Santos (1997). A construção do significado de controle social com conselheiros de saúde no Estado do Piauí, Brasil. *Caderno Saúde Pública* [online]. Vol.13, n.4, pp. 741-748. ISSN 0102-311X.
- Pessoto, Umberto Catarino; Nascimento, Paulo Roberto do & Heimann, Luiza Sterman (2001). A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. *Caderno de Saúde Pública* [online]. Vol.17, n.1, pp. 89-97. ISSN 0102-311X.

- Pestana, Carlos L. da Silva; Vargas, Liliana Angel & Cunha, Fátima Teresinha Scarparo (2007). Contradições surgidas no Conselho Gestor da Unidade Básica de Saúde da Família de Vargem Grande, Município de Teresópolis-RJ. *Physis* [online]. Vol.17, n.3, pp. 485-499. ISSN 0103-7331.
- Prado Jr., Caio (2011). *Formação do Brasil Contemporâneo: colônia* / Caio Prado Jr.; entrevista Fernando Novais; posfácio Bernardo Ricupero. - 1ª ed. - São Paulo: Companhia das Letras. (Original published in 1942).
- Rose, Nikolas. (2013). *A política da própria vida: Biomedicina, poder e subjetividade no século XXI*. Tradução de Paulo Ferreira Valerio. São Paulo: Paulus, (coleção biopolíticas). Cap 1,5 e 7.
- Santos, Boaventura de Sousa. (1994). *Pela mão de Alice: O social e o político na pós-modernidade*. 7ª ed. Porto: Edições Afrontamentos.
- Sartori, Giovanni (1994). *A teoria da democracia revisitada. Volume I - O debate contemporâneo*. Trad. de Dinah de Abreu Azevedo. São Paulo: Editora ática. (Original published in 1987).
- Schwarcz, Lilia Moritz & Starling, Heloisa Murgel (2015). *Brasil: Uma biografia*. São Paulo: Companhia das letras. iBooks.
- Severo, D. Osório & Da Ros, Marco Aurélio (2012). A Participação no controle social do SUS: concepção do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. *Saúde e sociedade*. [online]. Vol.21, supl.1, pp. 177-184. ISSN 0104-1290.
- Shimizu, Helena Eri; Pereira, Marcio Florentino; Cardoso, Antonio José Costa & Bermudez, Ximena Pamela Claudia Dias (2013). Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. *Ciência e saúde coletiva* [online]. Vol.18, n.8, pp. 2275-2284. ISSN 1413-8123.

Silva, Marcia Mulin F. da (2011). O Controle Social no SUS. *In: Ciclo de Debates - O Controle Social e o Papel da Ouvidoria no SUS* - Associação Paulista de Saúde Pública (APSP) - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde - Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo. São Paulo. Disponível em: [www.observasaude.sp.gov.br](http://www.observasaude.sp.gov.br)

Siqueira, Renata Lopes de; Fonseca, Débora de Andrade; Viana, Mariana Nogueira; Junqueira, Túlio da Silva; Ribeiro, Rita de Cássia Lanes & Cotta, Rosângela Minardi Mitre (2011). Conselho de segurança alimentar e nutricional: análise do controle social sobre a política estadual de segurança alimentar e nutricional no Estado do Espírito Santo. *Saude e sociedade* [online]. Vol.20, n.2, pp. 470-482. ISSN 0104-1290.

Souza, Tatiane Oliveira de; Silva, Jair Magalhães da; Nobrega, Samara Souza da & Constancio, Jocinei Ferreira (2012). Controle social: um desafio para o conselheiro de saúde. *Revista brasileira de enfermagem* [online]. Vol.65, n.2, pp. 215-221. ISSN 0034-7167.

Traverso-Yepez, Martha; Morais, Ana Silvia de & Cela, Mariana (2009). Construções discursivas acerca do usuário do Programa Saúde da Família (PSF). *Psicologia ciência e profissão* [online]. Vol.29, n.2, pp. 364-379. ISSN 1414-9893.

Van Stralen, C. Johannes; Lima, Ângela Maria Dayrell; Fonseca Sobrinho, Delcio da; Saraiva, L. do Espírito Santo; Stralen, Terezinha Berenice de Souza & Belisário, S. Almeida (2006). Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciências e saúde coletiva* [online]. Vol.11, n.3, pp. 621-632. ISSN 1413-8123.

Zambon, Vera Dib & Ogata, Márcia Niituma (2013). Controle social do Sistema Único de Saúde: o que pensam os conselheiros municipais de saúde. *Revista brasileira de enfermagem*. [online]; vol.66, n.6, pp. 921-927. ISSN 0034-7167.

## TABELAS

Tabela 1. Dados sobre o material empírico pesquisado

| Autor e ano publicação       | Ano de pesquisa e local | Método de pesquisa |              |            |                 |                 |
|------------------------------|-------------------------|--------------------|--------------|------------|-----------------|-----------------|
|                              |                         | Qualitativa        | Quantitativa | Entrevista | Análise de atas | Diário de campo |
| Alencar (2012)               | 2006/ RS                | x                  |              |            |                 | x               |
| Arantes et al. (2009)        | —                       |                    |              |            |                 | x               |
| Arantes et al. (2007)        | 2004/ SP                | x                  | x            | x          |                 |                 |
| Batista et al. (2010)        | 2005/ MG                | x                  |              |            | x               | x               |
| Cossetin & Olschowsky (2011) | 2009<br>2010/ RS        | x                  |              | x          |                 |                 |
| Cotta et al. (2011)          | 2006/ MG                | x                  |              | x          | x               |                 |
| Cotta et al. (2009)          | 2006/ MG                | x                  |              | x          | x               |                 |
| Cruz et al. (2012)           | —/ PB                   | x                  |              |            |                 | x               |
| Duarte et al. (2012)         | 2007/ CE                | X                  | X            | X          |                 |                 |
| Ferreira et al. (2012)       | —/ SP                   | x                  |              |            | x               | x               |
| Fleury et al. (2010)         | 1996<br>2006 / Brasil   | X                  | x            |            |                 |                 |
| Grisotti et al. (2010)       | —/ SC                   | x                  |              | x          | x               |                 |
| Landerdhal et. al. (2010)    | 2003<br>2006/ RS        | x                  |              |            | x               |                 |
| Langdon & Diehl (2007)       | —/ SC                   | x                  |              | x          | x               | x               |
| Lazarini et al. (2014)       | 2012/ ES                | x                  |              |            | x               |                 |
| Morita et al. (2006)         | 2004/ SP                | x                  |              | x          | x               |                 |

| Autor e ano publicação        | Ano de pesquisa e local        | Método de pesquisa |              |            |                 |                 |
|-------------------------------|--------------------------------|--------------------|--------------|------------|-----------------|-----------------|
|                               |                                | Qualitativa        | Quantitativa | Entrevista | Análise de atas | Diário de campo |
| Oliveira et al. (2013)        | 2009/ MG                       | x                  |              |            |                 | x               |
| Pedrosa (1997)                | —/ PI                          |                    |              |            |                 |                 |
| Pessoto et al. (2001)         | —/ RN, PE, SC, RS, CE, MG e SP | x                  |              | x          | x               |                 |
| Pestana et al. (2007)         | —/ RJ                          | x                  |              | x          | x               |                 |
| Severo & Da Ros (2012)        | 2007/ RS, RJ, DF e SC          | x                  |              | x          |                 |                 |
| Shimizu et al. (2013)         | 2010<br>2011/ DF               | x                  |              | x          |                 |                 |
| Siqueira et al. (2011)        | 2007/ ES                       |                    |              |            | x               |                 |
| Souza et al. (2012)           | 2008/ BA                       | x                  |              |            |                 |                 |
| Traverso-Yeppez et al. (2009) | 2007/ RN                       | x                  |              | x          |                 |                 |
| Van Stralen et al. (2006)     | 2005/ GO e MS                  | x                  |              | x          |                 |                 |
| Belisário (2013)              | —/ SP                          | x                  |              | x          |                 |                 |

Tabela 2. Relação dos municípios que contemplam o estudo com seus respectivos estados.

| Região                 | Estado              |    | Cidade   |
|------------------------|---------------------|----|--|
| Nordeste               | Bahia               | BA | Jequié   |
| Nordeste               | Ceará               | CE | Canindé, Fortim e Quixadá  |
| C e n t r o -<br>Oeste | Distrito Federal    | DF | Brasília, Águas Lindas de Goiás, Cidade Ocidental, Cristalina, Luziânia, Novo Gama, Santo Antônio do Descoberto, Val- paraíso de Goiás (Região do Entorno Sul), Buritis, Cabeceira Grande e Unai (Região de Unai), Abadiânia, Colcalzinho, Padre Bernardo e Pirenópolis (Região dos Pirineus), Formosa, Água Fria, Planaltina de Goiás e Vila Boa (Região do Entorno Norte). |
| Sudeste                | Espírito Santo      | ES | Vitória  |
| C e n t r o -<br>Oeste | Goiás               | GO | Sete municípios não identificados na pesquisa  |
| C e n t r o -<br>Oeste | Mato Grosso do Sul  | MS | Dois municípios não identificados na pesquisa  |
| Sudeste                | Minas Gerais        | MG | Belo Horizonte, Juiz de Fora, Ponte Nova, Sete Lagoas, Teixeira, Viçosa  |
| Nordeste               | Paraíba             | PB | João Pessoa  |
| Nordeste               | Pernambuco          | PE | Petrolina  |
| Nordeste               | Piauí               | PI | Não identificado   |
| Sudeste                | Rio de Janeiro      | RJ | Rio de Janeiro, Vargem Grande (Teresópolis)  |
| Nordeste               | Rio Grande do Norte | RN | Natal  |
| Sul                    | Rio Grande do Sul   | RS | Panambi, Porto Alegre, Veranópolis   |
| Sul                    | Santa Catarina      | SC | Florianópolis, Blumenau  |
| Sudeste                | São Paulo           | SP | Botucatu, Diadema, Mauá, Região de Araraquara (composta por seis municípios não identificados) Ribeirão Preto, Santos, São Carlos, Votorantim  |